

UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE et MÉDICALE
de GRENOBLE
FACULTÉ DE MÉDECINE

Domaine de LA MERCI
LA TRONCHE

Année 1972

N° d'Ordre: 10

**ÉTUDE D'UNE POPULATION D'ADOLESCENTES SCOLAIRES HOSPITALISÉES
DANS UN ÉTABLISSEMENT MÉDICO PSYCHOLOGIQUE**

Expérience de la Clinique Georges Dumas à la Tronche

■■■■■■■■■■

T H È S E
.....

présentée
à l'Université Scientifique et Médicale
de GRENOBLE
pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT
par

Madame FAVIER née LEFÈBVRE Dorothée

née le 25 novembre 1945
à Paris (Seine)

Cette thèse sera soutenue publiquement le 9 mars 1972, devant

M. le Professeur FAU, Président du Jury
et

M. le Professeur CHATEAU
M. le Professeur BOUCHARLAT
M. le Docteur NEEL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544304_0001

UNIVERSITE SCIENTIFIQUE ET MEDICALE
de GRENOBLE

FACULTE DE MEDECINE

Domaine de LA MERCI

LA TRONCHE

Année 1972

N° d'Ordre :

10

ETUDE D'UNE POPULATION D'ADOLESCENTES SCOLAIRES HOSPITALISEES
EN CLINIQUE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE - EXPERIENCE DE LA CLINIQUE GEORGES

DUMAS A "LA TRONCHE"

T H E S E

présentée à l'Université Scientifique et Médicale de GRENOBLE
pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE DIPLOME D'ETAT

par

Madame FAVIER née LEFEBVRE Dorothée

née le 25 Novembre 1945

à Paris 12e

Cette thèse sera soutenue publiquement le 9 Mars 1972 devant

Monsieur le Professeur FAU, président du Jury
Monsieur le Professeur Chateau
Monsieur le Professeur Boucharlat
Monsieur le Docteur Neel



Je dédie ce travail

A MON PERE ET A MA MERE

Ils ont consenti pour moi beaucoup de sacrifices.
Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma tendresse
et de ma reconnaissance.

A MON MARI

Il m'a été un soutien précieux durant mes études.
Que ce travail soit pour lui la preuve de mon
amour.

A MON FILS RENAUD

A MES BEAUX PARENTS

En gage de mon affection.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

AUX MAITRES QUI NOUS ONT FAIT L'HONNEUR DE CONSTITUER
NOTRE JURY DE THESE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE, MONSIEUR LE PROFESSEUR FAU

qui a dirigé ce travail.

Il fut pour nous le Maître clairvoyant et l'Au-
rité bienveillante qui orientait nos efforts.

A son exemple et à son enseignement, nous devons
l'amour du métier qui va être le notre. Qu'il
veuille bien trouver ici le témoignage de notre
profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE CHATEAU

Nous lui devons la plus grande partie de notre
formation thérapeutique. Nous avons apprécié
aussi la richesse de son enseignement. Il a
accueilli avec attention et bienveillance notre
travail.

Nous lui en exprimons la plus sincère gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUCHARLAT

Son enseignement a guidé notre formation psychia-
trique. A notre admiration pour sa finesse clini-
que et son érudition, nous sommes heureux de
joindre ici notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NEEL

Médecin-Directeur de la clinique Georges Dumas
qui a inspiré ce travail.

Nous le prions de trouver ici l'expression de
notre profond et respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHABALET

Médecin-Assistant de la clinique Georges Dumas.
Nous avons apprécié sa compétence et son amitié
au cours de notre travail en commun. Qu'il en
soit vivement remercié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAVIER

Médecin-Assistant de la clinique Georges Dumas.
Nous lui sommes reconnaissant des conseils qu'il
nous a donnés pendant l'année où nous avons été
son interne. Son contact a été pour nous la
source de remises en question fécondes. Nous lui
en exprimons la plus sincère gratitude.

Aux infirmières, aux professeurs, aux assistantes sociales,
à tout le personnel de la Clinique Georges Dumas.

I N T R O D U C T I O N

La santé mentale est devenue depuis quelques années un des problèmes les plus préoccupants de la vie moderne. On constate, en effet, une recrudescence des troubles mentaux dans toutes les couches de la société et à tous les âges.

Comme l'écrit Haim "l'adolescence est la phase de développement la plus intense, amenant à elle seule plus de modifications qu'il ne s'en produit dans le reste de la vie, tout comme la puberté est, après la naissance et la mort, la période qui provoque les changements physiques les plus importants et les plus rapides". Il semble donc logique qu'elle soit une période de prédilection pour l'éclosion de troubles psychiques.

Le Professeur Dechaume écrivait dès 1952 à Lyon que la fréquence et la progression des maladies mentales chez les scolaires et les universitaires risquaient de constituer un danger pour l'élite de la Nation. Il constatait que l'on découvrait "des états névrotiques graves, des perturbations sexuelles importantes, des manifestations plus dramatiques encore, ou de véritables psychoses".

La Fondation Santé des Etudiants de France, sous la Direction du Docteur Douady, forte de l'expérience acquise dans la lutte contre la tuberculose, s'attacha à la création d'établissements de cure "où les étudiants puissent être soignés sans être coupés de leurs études, dans tous les cas où la chose serait médicalement possible".

C'est ainsi que s'ouvrirent à Sceaux en 1956, la première Maison Universitaire Médico-psychologique dite "Villa

Dupré" puis à Grenoble en 1961 la clinique Georges Dumas située dans les locaux de la post-cure universitaire à La Tronche.

Ces établissements, réservés en principe aux malades étudiants, ont accueilli exceptionnellement quelques adolescents scolaires et, un besoin croissant se faisant ressentir à ce niveau, la Fondation décida la construction, dans le cadre de la clinique Georges Dumas, d'un nouveau pavillon réservé aux adolescentes scolaires.

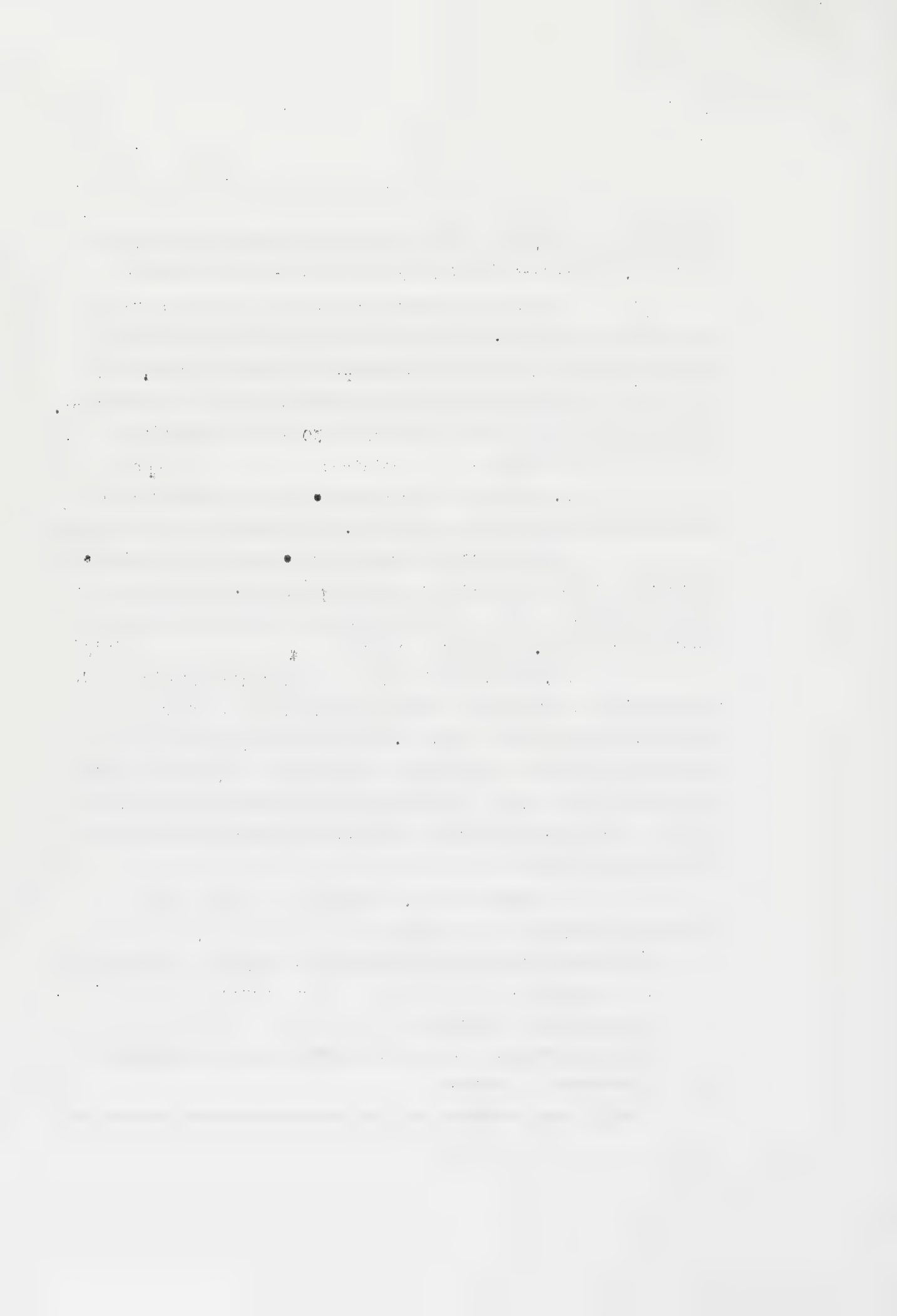
Ce pavillon s'est ouvert le 1er mai 1967 sous le nom de "Nouveau Pavillon", placé sous la direction du Docteur Neel.

Ce pavillon qui comprend 30 chambres individuelles, est réservé à des adolescentes scolaires atteintes de troubles mentaux curables, dont le comportement soit compatible avec un séjour en milieu psychiatrique ouvert.

Son but essentiel est de favoriser la poursuite ou la reprise des études sous surveillance médicale. Il est donc réservé aux malades dont l'état de santé semble compatible avec la reprise des études. Le recrutement des malades est de plus limité aux classes (2ème, 1ère, terminale) et aux sections (séries A, C, D) dont l'encadrement scolaire est possible dans le cadre de la clinique, sauf cas exceptionnels.

La réadaptation des malades est assurée par :

- l'équipe soignante qui comprend :
 - le médecin assistant responsable du pavillon, secondé par un interne,
 - le personnel infirmier,
 - une psychologue et une assistante sociale rattachées à mi-temps au service,
 - enfin dans certains cas, des psychothérapeutes vacataires.



- l'équipe pédagogique : le service des études est composé d'enseignants détachés par le Ministère de l'Education Nationale.
- Les diverses activités qui sont proposées aux malades sur avis médical : ergothérapie, éducation physique, yoga, cours de couture et de cuisine, sorties collectives organisées par une animatrice rattachée à temps partiel au pavillon.

Nous allons essayer d'étudier la maladie mentale chez les adolescentes scolaires et les problèmes qu'elle pose. Notre étude va porter sur les 150 malades qui ont été hospitalisées au "Nouveau Pavillon" entre le 1er mai 1967 et le 30 avril 1970, soit durant une période de trois ans.

Nous n'avons connu personnellement qu'un petit nombre de ces jeunes filles, et notre travail s'est basé sur l'étude des dossiers, en collaboration avec les médecins du pavillon qui ont suivi les malades.

Nous avons centré notre travail sur trois chapitres particuliers :

- I - Les facteurs pathogènes qui ont entraîné l'hospitalisation des adolescentes scolaires.
- 2 - Les catégories psychiatriques de malades hospitalisées et les problèmes de diagnostic.
- 3 - Le rôle de la clinique Georges Dumas. L'évolution médicale et scolaire des malades durant l'hospitalisation. Les problèmes de réadaptation et de réorientation.

CHAPITRE I

LES FACTEURS PATHOGENES QUI ONT ENTRAINE L'HOSPITALISATION DES ADOLESCENTES SCOLAIRES

Le développement de la personnalité est déterminé par deux sortes de facteurs :

- son équipement inné
- l'influence formatrice du milieu, milieu familial d'abord, puis milieu social et culturel
- enfin des événements fortuits peuvent jouer un rôle.

Il est évident que des anomalies de ces différents facteurs peuvent favoriser une mauvaise structuration de la personnalité et l'éclosion de troubles psychiques.

Nous allons donc étudier successivement pour nos malades :

- I - Les facteurs héréditaires
- 2 - Les facteurs sociologiques
- 3 - Les facteurs personnels
- 4 - Les facteurs événementiels.

I - LES FACTEURS HEREDITAIRES

Bien qu'il puisse paraître artificiel de vouloir dissocier facteurs héréditaires et facteurs de milieu, la notion d'hérédité dans les maladies mentales a toujours frappé les observateurs.

Parmi nos malades, 73, soit près de la moitié, ont au moins un malade mental dans leur famille. Dans 54 cas, soit 36 %, il s'agit des ascendants directs : 42 ont soit leur père, soit leur mère, 12 ont à la fois leur père et leur mère atteints de troubles mentaux.

Ces troubles se répartissent de la façon suivante chez les parents :

- psychoses	13
- névroses et états dépressifs graves	17
- éthylisme	19
- déséquilibre psychique	3
- troubles médico-légaux (escroqueries)	3
- démences	3
- troubles psychosomatiques	2
- suicides d'étiologie non précisée	2
- 4 mères sont internées pour des raisons non précisées.	

Quinze de nos malades, soit 10 % ont une hérédité particulièrement chargée.

Observation n° 46

Jeune fille de 19 ans, élève de première. Invasion psychotique évoluant depuis un an, avec incohérence, troubles du cours de la pensée, bizarreries du comportement. Délire actuel, interprétatif et intuitif, peur structuré. Thèmes délirants sexuels (centrés sur une agression sexuelle par le frère, d'authenticité

douteuse), syndrome érotomaniac et sentiment de persécution par l'entourage (qui a deviné qu'elle n'est plus vierge). Le diagnostic de schizophrénie est retenu.

Antécédents héréditaires :

- père très anxieux
- mère névrotique : névrose obsessionnelle avec phobie des microbes et rites de lavages contraignants, ayant entraîné plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique.
- grand-père maternel : épisode délirant
- tante maternelle : délire chronique de persécution
- oncle paternel : absence de réadaptation sociale et professionnelle après une atteinte tuberculeuse ancienne guérie. Vit avec sa mère sans travailler.
- Durant le séjour de la malade à la clinique Georges Dumas : suicide immotivé du frère par pendaison.

Observation n° 45

Jeune fille de 17 ans, élève de seconde. Adressée pour troubles névropathiques et difficultés scolaires. En fait, se révèle être une personnalité hystérique, histrionique, présentant des conduites perverses très érotisées. Le séjour a dû être interrompu pour troubles du caractère et du comportement graves (agressivité, opposition, dévergondage sexuel).

Antécédents héréditaires :

- mère : névrose phobique depuis l'âge de 20 ans, traitée par électrochocs, psychothérapie, psychodrame. Est en psychanalyse depuis 6 ans.
- père : attitudes ambiguës de type oedipien avec sa fille (baisers sur la bouche).
- grand-père maternel asthmatique
- un oncle maternel en analyse.

Notre malade était deuxième d'une fratrie de cinq où l'on voit :

- un frère : névrose obsessionnelle en P.I.P. depuis 5 ans
- un frère : en analyse pour troubles névrotiques
- un frère : soigné pour troubles du caractère.

2 - LES FACTEURS SOCIOLOGIQUES

Les facteurs sociologiques sont toujours évoqués à propos des troubles mentaux et de l'évolution de l'adolescence.

A) Les facteurs familiaux

La situation familiale de nos jeunes malades comprend de multiples facteurs dont certains seulement ont été étudiés.

- La place dans la famille

Nous étudierons ici la place faite à l'enfant avant et à sa naissance. Nous notons :

- 7 cas de grossesses difficiles avec manifestations psychiatriques chez la mère (angoisses, états dépressifs, un cas de vomissements incoercibles que certains auteurs rapportent à un rejet précoce de l'enfant).

- 9 grossesses non désirées avec parfois recours à l'avortement envisagé.

Un de ces cas nous a paru particulièrement dramatique.

Observation n° 52

Milieu aisé. La père a été traité à deux reprises pour épisodes dépressifs. La mère est très anxieuse. L'enfant a été conçue avant le mariage des parents et cette faute sexuelle démontrée leur a paru si grave que la naissance a été cachée malgré le mariage ultérieur des parents. L'enfant a été placée en nourrice,

n'a vu ses parents qu'occasionnellement et ne connaît pas les autres membres de sa famille. Vers 17 ans, la jeune fille entre progressivement dans un état dépressif atypique qui nécessite deux hospitalisations. Le diagnostic porté est :

- une fois d'hébéphrénie avec indication de cure de Sakel qui est refusée par les parents,
- l'autre fois de manifestations hystéroïdes sur personnalité schizothyme.

Durant le premier séjour à la clinique Georges Dumas, la malade a effectivement présenté des manifestations hystériques, mais aussi des symptômes plus inquiétants : syndrome de dépersonnalisation avec impression d'étrangeté, signe du miroir, troubles du vécu corporel (se pince pour sentir qu'elle est en vie). Elle sort très améliorée au bout de quatorze mois, avec des projets adaptés.

Quatre mois plus tard, réhospitalisation à Georges Dumas. Elle se présente comme une psychotique régressée au niveau oral (clinophilie, dépression, boulimie, petite appétence toxico-maniaque : excès éthériques, tabagisme) avec vécu athymhormique, anesthésie affective, impression de vie absurde, de temps figé. Il n'y a ni discordance, ni délire, mais l'existence est autistique. Le psychothérapeute qui la suit note un retrait narcissique extrême, avec désinvestissement du réel et d'autrui, immaturité affective, angoisse d'abandon destructurante. La malade ne peut verbaliser l'abandon, le meurtre symbolique par les parents, mais exprime des fantasmes de renaissance. La relation à l'autre a lieu sur un mode oro-narcissique quasi nutritionnel. Durant le séjour, elle établit une liaison avec un garçon instable qui sort de prison pour vol de voiture. Malgré la réticence des médecins, les parents envisagent le mariage avec soulagement. La sortie est prononcée, le pronostic très sombre. Effectivement, deux mois plus tard, les deux époux étaient admis à l'hôpital psychiatrique.

- La place dans la fratrie

Nous avons étudié de façon systématique le rang dans la fratrie de nos malades, et nous pouvons le résumer en un schéma.

		Rang dans la fratrie									
		1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°
Nombre d'enfants vivants	1	28									
	2	18	21								
	3	12	11	8							
	4	8	4	5	4						
	5	3	4	2	1	1					
	6	2	3	2	3		1				
	7			2		1		1			
	8		1	1				1			
	9	x									
	10			1							
total		71	44	21	8	2	1	2			

Remarques :

- le rang dans la fratrie semble indifférent pour les malades issues de fratries identiques.

Exemple : sur 31 malades issues de fratries de 3 :

12 sont des aînées

11 des cadettes

8 des benjamines.

La différence n'est pas significative pour une population de 150 malades seulement.

- Nous avons 28 filles uniques soit 19 %, ce qui correspond au pourcentage trouvé dans la population générale.

- Nous n'avons malheureusement pu préciser les modalités du rang dans la fratrie, notamment les différences d'âge et de sexe.

Autres éléments :

- Situation particulière dans la fratrie :

- . deux jeunes filles sont des enfants adoptives
- . cinq sont des enfants naturelles
- . une a entraîné le mariage de ses parents
- . deux sont des jumelles.

- Dans 12 cas, les fratries sont composites, avec frères et soeurs issus d'un ou plusieurs autres lits.

- Dans 8 cas, nous avons la notion d'un frère ou d'une soeur décédé.

Observation n° 59

Jeune fille de 17 ans et demi, élève de terminale A. Adressée pour névrose d'abandon avec boulimie de compensation mal tolérée.

Durant le séjour, s'est présentée comme une névrose de caractère très structurée avec des traits hystériques, obsessionnels et pervers. Les troubles des conduites alimentaires associés à des préoccupations corporelles (se sent laide, se dégoûte physiquement) semblent liés à un trouble primitif du schéma corporel et évoquent l'existence d'un noyau psychotique.

Situation dans la fratrie :

- aînée d'une fratrie de deux
- trois demi-frères et soeurs nés d'un second mariage du père après divorce.

Mais surtout : la jeune fille se prénomme Danièle. Nous apprenons qu'un frère aîné décédé à la période néo-natale se prénomrait Daniel et que les parents, quand elle est née, auraient préféré un garçon.

Parfois, nous avons la notion d'une relation particulière avec un des éléments de la fratrie. Ce fait se retrouve souvent dans les fratries de deux, avec situation de rivalité mal assumée et culpabilisante.

- Les anomalies de la structure familiale constituent, en fait, le facteur principal.

Parmi nos adolescentes, celles ayant une situation familiale normale, avec un père incarnant l'autorité, une mère incarnant l'affection, des frères et soeurs, sont une minorité.

- Nous trouvons des anomalies majeures de la structure familiale dans 45 cas qui se répartissent ainsi :

- . famille sans père : 22 (pour des motifs divers : décès, abandon, mère célibataire, divorce),
- . famille sans mère : 2 (un décès, un divorce),
- . famille composite (plusieurs lits) : 12
- . éducation par des particuliers autres que les parents : 7
 - Il s'agit des grands-parents : 1
 - d'une grand-mère seule : 1
 - d'un placement en famille nourricière par les parents : 1
 - de placements en famille nourricière par l'Assistance Publique : 3
- . Education en collectivité :
 - placement en orphelinat par l'Assistance Publique : 1
 - placements spécialisés : Institut des jeunes aveugles (I.N.J.A.) : 1 et I.M.P. de caractérielles : 1

- Dans les 105 autres cas, les jeunes filles ont été élevées par leurs parents, mais nous notons souvent d'autres anomalies.

- . mésentente grave des parents avec parfois scènes et coups dans 28 foyers.

Observation n° 6

Jeune fille de 17 ans, adressée pour réaction névrotique dépressive et anxieuse avec syndrome anorectique. Les quatre frères et soeurs présentent des troubles névrotiques. Le père, professeur de physique, est un personnage froid, rigide, autoritaire, ayant mal assumé des séquelles de poliomyélite. La mère, infirmière, semble équilibrée. Il n'y a ni scènes, ni coups, mais les parents ne s'adressent plus la parole depuis quatre ans et sont en instance de séparation.

- . Couple parental dysharmonieux (sur le plan âge ou niveau social ou culturel) : 8 cas.

Observation n° 134

Jeune fille de 18 ans, élève de seconde, adressée pour schizophrénie probable. En fait, l'anamnèse retrouve des troubles psychiatriques précoces qui font évoquer le diagnostic de séquelles de psychose infantile. La mère, 54 ans, est pharmacienne. Le père, 63 ans, est préparateur en pharmacie. Donc : différence d'âge de 9 ans ; le père est l'employé de la mère.

- . Parents âgés : 9 cas (nous ne tenons pas compte des cas où les parents se sont mariés jeunes, ont eu des enfants jeunes et où notre malade se trouve parmi les derniers enfants d'une fratrie abondante).

Observation n° 49

Jeune fille de 17 ans et demi, élève de première C. Adressée pour dépression névrotique avec tentative de suicide à

la suite d'une rupture sentimentale. En fait, se révèlent pendant le séjour des troubles du comportement graves qui amènent à la confier au Juge des enfants.

La mère âgée de 66 ans a dont été primipare à 48 ans. Le père, décédé à 84 ans il y a un an, avait donc 66 ans à la naissance de l'enfant. Ils avaient l'un et l'autre plutôt l'âge de grands-parents que de parents.

. Parents séparés ou divorcés : 17 cas.

. La coexistence avec les grands-parents, hormis le cas de la nécessité de l'accueil au foyer d'un parent âgé invalide, n'a pu être étudiée de façon systématique faute de renseignements suffisants, mais nous a paru pathogène chaque fois qu'elle a été notée.

Observation n° 121

Jeune fille de 15 ans, élève de troisième. Névrose obsessionnelle avec quelques éléments hystériques. Le père est employé de mairie, la mère professeur. Les grands-parents maternels, après s'être opposés au mariage pour des raisons de différence de niveau social et culturel, ont cependant hébergé la famille, mais ont très mal accepté le père. Celui-ci se sent persécuté par sa belle famille, dévalorisé, ce qui le rend violent, agressif et l'atmosphère familiale a toujours été tendue.

La jeune fille était suivie depuis un an par un psychiatre pour un syndrome obsessionnel typique. Elle a été hospitalisée d'urgence à la clinique Georges Dumas pour un syndrome d'opposition et de refus d'allure hystéro-obsessionnelle, survenu quelques jours après le décès du grand-père. Le rôle de la perturbation des images d'identification à l'intérieur de la constellation familiale semble évident.

. Dans 12 cas, un des parents présente une atteinte somatique grave ou invalidante. Dans un cas, les deux parents sont invalides. Exemples :

- une mère atteinte d'une maladie de Boesnier Böck Schuman nécessite des soins constants,
- une mère opérée d'un cancer du sein depuis 10 ans vit dans la terreur de la récurrence,
- un père diabétique vient d'être hospitalisé pour infarctus du myocarde,
- un père est amputé d'une jambe,
- un père est aveugle.....

- Enfin, de nombreux parents, sans être des malades mentaux, présentent des traits de caractère qui ont pu être pathogènes. Les traits sont apparus, soit lors des rapports entre le médecin et les parents (entretiens, courrier échangé), soit à travers le récit par les malades de leur vécu. Notamment, l'inversion des rôles, avec père timide, réservé, personnage falot, virtuellement absent malgré sa présence corporelle, et mère autoritaire, incarnant la loi, nous a paru relativement fréquente.

Conclusion : en définitive, c'est dans seulement 35 cas, soit à peine un quart des cas, que la situation familiale de nos malades ne nous a pas paru présenter d'anomalies.

B) Les facteurs sociaux

Au-delà de la famille, c'est à la société que l'adolescent est amené à se confronter.

- Les facteurs socio-économiques

Nos malades étant encore à charge de leur famille, c'est le niveau socio-économique de la famille qui a été étudié. Nous avons accepté

la notion de famille au sens large : il s'agit de la famille dans laquelle la jeune fille a été élevée, que cette famille soit naturelle ou adoptive ou nourricière. Seule la jeune fille élevée en orphelinat n'a pu être intégrée à cette étude.

Nous avons pris en considération la profession du chef de famille qui est :

- le père (ou beau-père ou père nourricier) : 125 cas
- la mère : 22 cas
- un grand-parent : 2 cas

Remarques :

- Dans 33 autres familles, la mère exerce une activité professionnelle qui n'a pas été étudiée,
- dans 4 cas de décès du père récent, postérieur à l'éclosion des troubles, le père a encore été considéré comme chef de famille,
- dans 13 cas où le chef de famille est retraité, c'est sa dernière profession avant la retraite que nous avons retenue.

Toutes les catégories professionnelles sont retrouvées :

- personnel des professions scientifiques, techniques, libérales et assimilées 51 (dont 15 enseignants)
- directeurs et cadres administratifs supérieurs 13
- personnel administratif 31
- personnel commercial et vendeurs 14
- travailleurs spécialisés dans les services 7
- agriculteurs 9
- ouvriers et manoeuvres non agricoles 18
- forces armées 2

Enfin, dans 3 cas, le chef de famille est invalide

dans un cas, il est en prison pour escroquerie.

Le niveau de ressources nous a paru (compte-tenu de l'importance numérique de la famille)

- aisé ou supérieur : 66 cas
- moyen : 41 cas
- modeste ou bas : 42 cas.

Ce facteur a joué un rôle durant l'hospitalisation à la clinique Georges Dumas en collectivité, en tant que conditionnant les possibilités vestimentaires et de loisirs : certaines malades se sont senties nettement dévalorisées par rapport à d'autres.

Nous manquons malheureusement d'éléments de références tirés d'une étude analogue portant sur des adolescentes de même niveau scolaire, non hospitalisées.

- Les facteurs culturels

La différence de niveau culturel entre l'adolescente et sa famille nous a paru jouer dans les deux sens :

- soit en cas d'échec scolaire, lorsque la jeune fille n'atteint pas le niveau culturel habituel de sa famille. Les parents ayant une profession intellectuelle acceptent mal la nécessité d'un arrêt des études et d'une réorientation à un niveau inférieur de leur fille.
- soit lorsque la poursuite des études amène la jeune fille à un niveau culturel supérieur à celui des parents, que ceux-ci y soient hostiles ou non. C'est là un facteur important d'inhibition ou de difficultés intellectuelles.

- Les facteurs scolaires

L'école est le premier milieu social structuré extérieur à la famille, dans lequel l'enfant est amené à s'insérer. En même temps que lieu de transmission de connaissances, elle devrait être lieu d'apprentissage de la vie sociale et d'épanouissement de la personnalité.

Le maître durant la plus grande partie de la journée joue un rôle de substitut parental qui contribue pour l'enfant à l'élaboration d'un modèle d'identification, rôle pour lequel il est peu préparé. Sa formation pédagogique et psychologique est souvent réduite. Ses motivations personnelles à choisir cette profession n'ont pas été examinées, hormis les cas d'incapacité flagrante.

L'organisation de l'enseignement est centrée sur la réussite aux examens, aux compositions. L'acquisition des connaissances se fait sur un mode souvent passif, qui laisse peu de place à l'initiative personnelle, à l'activité créatrice. Les disciplines artistiques et sportives sont considérées comme secondaires.

- Les groupes d'adolescents

C'est une tendance bien connue et normale que celle des adolescents à se retrouver ensemble au sein de groupes, qu'il s'agisse de groupes officiellement reconnus, tels que clubs, mouvements de jeunesse divers, participation commune à une activité culturelle ou sportive, ou de ces groupes officieux mais non moins structurés que l'on peut nommer "bandes d'adolescents".

Peu de nos malades semblent avoir été intégrées à un groupe solidement structuré. De même durant le séjour à la clinique Georges Dumas, elles se sont surtout réunies par petits groupes de 4 ou 5, atteintes le plus souvent de troubles similaires : groupes de psychotiques, groupes de névrotiques, groupes dont le leader était une personnalité psychopathique, et dont les activités étaient le vol plus que les soirées théâtrales. Un grand nombre de malades sont restées isolées.

3 - LES FACTEURS PERSONNELS

A) Antécédents somatiques

- Souffrance périnatale : nous avons relevé

- . 14 accouchements longs ou difficiles dont 10 ont nécessité la pose de forceps,
- . 4 cas de prématuration (dont une grossesse gémellaire)
- . 6 nouveaux-nés ont été réanimés et 2 placés en incubateur
- . 2 gros bébés de poids supérieur à 4,5 kilos.

A la période néonatale :

- . un cas d'infection grave ayant entraîné une hospitalisation prolongée,
- . un cas de séjour en pouponnière précoce pour pleurésie du post-partum chez la mère.

- Déficit somatique particulier

. Déficit sensoriel : les atteintes visuelles n'ont pas été notées de façon systématique dans les dossiers. Nous avons cependant relevé un cas d'amblyopie grave (acuité visuelle 1,5/10 O.G.D.) par albinisme avec aplasie pigmentaire et maculaire et nystagmus, d'origine héréditaire, ayant nécessité des placements spécialisés. Un déficit auditif léger est noté dans trois cas.

. Déficit corporel esthétique : un cas

Observation n° 132

Jeune fille de 17 ans, adressée pour troubles névrotiques mal structurés. Accident de voiture grave à l'âge de 7 ans. Traumatisme cranien et fractures multiples ayant nécessité plusieurs hospitalisations et interventions. Les cicatrices nombreuses lui ont valu à l'école le sobriquet d' "arête de poisson" et ont gêné l'insertion scolaire et sociale.

. Déficit corporel instrumental : un cas

Observation n° 99

Jeune fille de 19 ans, élève de terminale A. Antécédents de R.A.A. Apparition à 10 ans, au décours d'une angine, d'un tremblement émotionnel qui se chronicise et se généralise, puis s'assortit de mouvements anormaux spontanés (froncement des sourcils, gesticulation, déambulation). L'intrication avec les troubles psychiatriques est telle qu'il est impossible de savoir s'il s'agit d'une chorée de Sydenham ou d'une chorée psychogène.

Mais la gêne sociale et scolaire est évidente ; la malade ne peut écrire. La scolarité a été poursuivie de façon orale. Elle arrive actuellement à taper à la machine ses cours.

- Maladies somatiques particulières.

A côté des maladies banales que nous retrouverions dans toute population analogue, nous avons noté certaines maladies qui ont pu jouer un rôle pathogène.

. Appareil respiratoire :

8 cas de primo-infection grave dont 6 ont entraîné un arrêt scolaire et un séjour en sanatorium. Nous en rapprochons deux cas de séjour en aérium.

Un cas d'asthme a nécessité des traitements de désensibilisation et des cures thermales répétés.

. Appareil digestif :

un ulcère duodénal à 12 ans chez une malade qui a présenté ultérieurement des troubles des conduites alimentaires.

Une jeune fille a hébergé un ténia entre 6 et 12 ans. Peut-être a-t-il favorisé l'éclosion ultérieure d'un syndrome anorectique (observation n° 70).

. Deux cas d'atteintes dentaires graves ont entraîné la pose de prothèses importantes.

- . Maladies infectieuses : R.F.A : 4 cas
 - . Anomalies endocriniennes et métaboliques :
 - hypothyroïdie : 3 cas
 - spasmophilie : 2 cas
 - obésité grave : 1 cas
 - états pré ou para-diabétiques : 2 cas
 - . Troubles allergiques et psychosomatiques : 6 cas (dont un cas d'alopecie transitoire).
 - . Maladies de système :
 - maladie de B.B.S. (Bösner Böck Schuman ?) un cas
 - maladie de Recklinghausen un cas (avec deux tumeurs sous cutanées mais pas d'éléments comitiaux). La malade en question (observation n° 98) a présenté dès l'enfance des troubles du caractère graves ayant entraîné le placement en I.M.P. pour caractérielles.
 - . Atteintes du système nerveux central :
 - Comitialité : trois cas dont une pose des problèmes particuliers.
- Observation n° 90
- Epilepsie de type grand mal révélée à 9 ans après un traumatisme crânien avec perte de connaissance. Les crises sont multiples et réagissent mal au traitement. Les tests effectués durant l'hospitalisation à Georges Dumas ont montré une détérioration qui concorde mal avec les troubles psychiatriques et pose le problème d'une détérioration organique. Un bilan est envisagé, avec pneumo-encéphalographie gazeuse, mais les parents le refusent.
- Toxicoses graves avec hémorragie méningée : 2 cas
- Encéphalites : 2 cas
- Intoxications oxycarbonées accidentelles : 2 cas
- Traumatismes crâniens avec ou sans perte de connaissance : 6 cas dont un cas de traumatismes crâniens et chutes répétées pose le problème d'une comitialité (observation n° 32).

- Enfin une modification corporelle majeure, qui inaugure l'adolescence : la puberté, nous a paru devoir être étudiée à part.

Comme l'a écrit E. Kestemberg : "l'adolescence est un réajustement de la structure antérieure du moi à une modification corporelle. L'adolescent doit intégrer la maturation évolutive de l'appareil génital. Et pouvoir s'investir narcissiquement de façon satisfaisante". Pour cela il est nécessaire que le développement pubertaire soit harmonieux et se produise à un âge assez proche de l'âge moyen.

L'âge des premières règles connu pour 106 de nos malades se répartit de la façon suivante :

8 à 9 ans :	1
10 à 11 ans :	5
11 à 12 ans :	18
12 à 13 ans :	28
13 à 14 ans :	27
14 à 15 ans :	19
15 à 16 ans :	8

- L'âge moyen de la puberté chez nos malades est de 13 ans.
- Sur 4 cas de puberté tardive à 16 ans, nous trouvons
 - . un cas de puberté tardive familiale bien acceptée
 - . deux cas de pubertés déclenchées par un traitement hormonal
 - . un cas de puberté spontanée, mais avec cycles très irréguliers et traitement hormonal ultérieur.
- Un cas de puberté très précoce, à 8 ans, familiale (observation n° 46 déjà citée). L'enfant était prévenue mais a très mal supporté un développement staturo-pondéral inharmonieux l'obligeant à porter un soutien-gorge à 8 ans. Incidences sociales : refus de la gymnastique, de porter des shorts... Changement de caractère

(devient timide, érythrophobe, choquée par toute allusion à la sexualité).

A 18 ans, invasion psychotique progressive avec syndrome érotomaniac et délire centré sur une agression sexuelle très lyphothétique.

- Nous avons étudié séparément l'âge de la puberté chez nos malades qui ont présenté ultérieurement un syndrome anorectique et nous n'avons pas trouvé de différence significative avec ce tableau global.

- Nous notons un développement staturo-pondéral dysharmonieux dans seulement un cas de puberté survenue à l'âge normal (12 ans et demi).

B) Facteurs psychologiques

Le caractère antérieur de nos malades est très difficile à étudier. Les adolescentes verbalisent mal, les parents voient mais à travers le miroir déformant de leur propre personnalité.

C) Facteurs propres à l'adolescence

Nos malades sont en effet toutes des adolescentes. 83 % avaient entre 16 et 20 ans à l'entrée, 57 % de 17 à 19 ans. L'âge moyen a été de 18 ans 2 mois, les extrêmes 15 et 23 ans.

La question d'Hamlet : "qui suis-je et me faut-il être ou ne pas être" est la question que se pose tout adolescent. Comme l'indique le suffixe "escence", l'adolescence est croissance, transformation, devenir.

E. Kestemberg "un adolescent, c'est quelqu'un qui n'est plus un enfant et qui n'est pas encore un adulte".

- La modification corporelle de la puberté entraîne une remise en question des relations intérieures de l'adolescent avec son corps propre et il lui faut assumer celui-ci.

Nous avons souvent retrouvé chez nos malades des troubles du vécu corporel s'extériorisant dans des préoccupations hypocondriaques à contenu souvent esthétique. Les troubles des conduites alimentaires peuvent aussi s'intégrer à ce cadre.

- La maturation des organes sexuels et le problème de leur utilisation amènent l'adolescent à remettre en question ses relations avec les images parentales. L'adolescent est ambivalent vis-à-vis des parents, passif, soumis, puis soudain révolté. Effectivement, nous retrouvons fréquemment chez nos malades des manifestations de révolte contre les parents, avec troubles du caractère et du comportement en milieu familial.

- L'adolescent vient à la période de préadolescence d'accéder à la pensée abstraite. Osterrieth fixe à 15 ans environ la fin de la structuration intellectuelle et décrit durant les deux ou trois années suivantes une période de surinvestissement intellectuel. Les difficultés dans ce domaine seront donc vécues de façon particulièrement dramatique.

- Enfin la tendance au passage à l'acte propre à l'adolescent s'extériorise à la fois dans des troubles du comportement (fugues, excès sexuels) et dans de fréquentes tentatives de suicide :

- . 70 malades ont effectué une ou plusieurs tentatives de suicide, soit près de la moitié
- . 40 malades ont eu des relations sexuelles précoces, soit un peu plus du quart

(ces chiffres comprenant la période d'hospitalisation à la clinique Georges Dumas).

4 - LES FACTEURS EVENEMENTIELS

Des facteurs déclenchants sont invoqués par 65 de nos malades. Il s'agit en général d'un échec, d'une déception, d'un fait amenant à prendre conscience de la différence entre le possible et le réel.

- Episode de la vie familiale

- . divorce ou remariage : 4
- . naissance d'un frère ou d'une soeur : 3
- . départ du foyer d'un frère ou d'une soeur : 2
- . maladie d'un parent : 3
- . conflit familial : 1

- Episode de la vie sentimentale : 5

- Episode de la vie scolaire

- . changement d'établissement : 8
- . mise en internat : 5
- . échec scolaire : 7
- . conflit avec un professeur : 2
- . bac blanc : 1

- Atteinte de l'intégrité corporelle

- . maladie : 2
- . intervention chirurgicale : 2
- . régime pour obésité : 6
- . avortement : 1

(ce type de facteur se retrouve cinq fois dans l'anamnèse des anorectiques).

- Deuil

- . décès du père : 3
- . décès d'un grand-parent : 3
- . décès d'un ami : 2
- . suicide dans l'entourage : 3

- Remise en question de la filiation

- . Mépris familial, séjour dans une famille normale pour deux enfants naturelles.
- . Une jeune fille a appris que sa belle-mère n'était pas sa mère.

- Dans un cas, vécu objectivement dramatique

Observation n° 58

Jeune fille adressée pour état dépressif sur personnalité hystérique.
Depuis deux ans :

- . arrestation du père, saisie des biens, état dépressif de la mère.
- . Elle est hébergée par des amis mais une explosion entraîne l'hospitalisation pour brûlures graves : la jeune fille se trouve de nouveau sans foyer.

Nous ne pouvons discuter le rôle de ces événements ; certes ils semblent banaux et fréquents pour toute population d'adolescentes. Mais rien ne prouve que leur vécu subjectif soit le même chez nos adolescentes.

CHAPITRE II

LES CATEGORIES DE MALADES HOSPITALISEES LES DIFFICULTES DU DIAGNOSTIC

Nous allons consacrer ce chapitre à l'étude des cadres nosographiques dans lesquels peuvent s'insérer nos malades.

Nous nous sommes basés sur :

- la symptomatologie présentée durant l'hospitalisation
- le mode évolutif des troubles
- les résultats de l'examen psychologique qui a été pratiqué pour 60 % des malades.

Nous pouvons au premier abord répartir ces malades en trois grands groupes :

1 - un groupe de malades pour lesquelles ni l'observation clinique, ni les tests, ni l'évolution n'ont amené à évoquer le diagnostic de psychose.

2 - Un groupe de malades qui ont présenté un épisode psychotique grave.

3 - Un groupe de malades pour lesquelles le diagnostic est resté incertain.

Mais avant d'aborder cette classification, il nous paraît intéressant d'étudier le passé psychiatrique de nos adolescentes.

LE PASSE PSYCHIATRIQUE DES MALADES

Les troubles psychiatriques qui ont amené nos jeunes filles à la clinique Georges Dumas ont parfois éclaté "comme un coup de tonnerre dans un ciel serein". Mais le plus souvent, ils ont été précédés de troubles psychiatriques plus ou moins systématisés, qui étaient déjà le témoin d'une évolution dysharmonique de la personnalité.

- Le développement psychomoteur a été perturbé dans 25 cas.

Nous notons :

- . des troubles de l'oralité : 13 fois (anorexie ou hyporexie dans la petite enfance)
- . des troubles de l'apprentissage sphinctérien : 8 fois (énurésie, associée dans un cas à un retard de la propreté diurne acquise à trois ans et demi)
- . des troubles de l'apprentissage moteur : 5 fois
retard de l'apprentissage de la marche : 2
gauchexie respectée : 1
tics stéréotypés de balancement antéropostérieur du tronc : 1
- . des troubles de l'apprentissage du langage écrit et oral : 4 fois
bégaiement : 1
troubles phonatoires mal précisés : 1
difficultés de l'apprentissage de la lecture : 1
retard du langage : 1 cas qui a subi un examen psychologique :
à 2 ans II mois le langage était celui d'un enfant de 2 ans.
L'apprentissage de la lecture a aussi été très lent.

- A la période préscolaire, nous notons

- . des troubles du sommeil (insomnies, terreurs nocturnes, cauchemars) : II cas
- . des troubles du caractère et du comportement : II cas

avec dans deux cas, lien pathologique quasi symbiotique à la mère
dans deux cas, jalousie pathologique vis-à-vis d'un membre
de la fratrie

- . des angoisses : 3
- . des tics : 1
- . des spasmes du sanglot : 1

- A la période scolaire

- . conflit avec un membre de la famille : 13 fois
- . troubles du caractère ou du comportement : 20 fois
- . épisode psychiatrique caractérisé : 22 fois. Il s'agit
 - d'un épisode anorectique : 5 cas
 - d'un syndrome obsessionnel : 4 cas
 - de phobies : 2 cas
 - d'un état dépressif : 10 cas
 - d'une névrose d'abandon : 1 cas
- . 6 de nos malades ont un long passé psychiatrique avec évolution cyclique ayant débuté dans l'enfance
- . 13 de nos malades avaient dès l'enfance un caractère nettement schizoïde.

- Le vécu de la puberté. Nous notons

- . une certaine inquiétude devant les premières règles, vite dissipée dans 3 cas
- . la puberté est mal acceptée, entraînant un sentiment de honte dans 5 cas
- . refusée ou vécue de façon dramatique dans 8 cas (la jeune fille cache ses règles, ou prend des bains glacés pour les arrêter, ou refuse les signes extérieurs de féminité : ne porte ni bas, ni soutien-gorge, vit en cheveux courts et pantalons).

- L'épisode psychiatrique actuel est souvent ancien. Au moment de l'admission à la clinique Georges Dumas :

- . dans 60 % des cas, la première consultation psychiatrique a eu lieu il y a plus d'un an, alors que les délais d'admission n'ont jamais dépassé deux à trois mois dans l'hypothèse la plus défavorable.
- . 103 malades sur 150 ont déjà été hospitalisées en milieu psychiatrique.
- . Sur le plan thérapeutique :
 - 148 malades suivent déjà un traitement chimiothérapique. 9 ont effectué une cure de sommeil
 - 14 ont entrepris une psychothérapie
 - 12 ont été traitées par électrochocs
 - 10 ont effectué une cure d'insuline, une a eu deux cures d'insuline, deux ont été traitées par comas humides en série brève (il s'agit de deux malades présentant un syndrome anorectique).

GROUPE I - MALADES NON PSYCHOTIQUES

Nous avons eu 57 malades sûrement non psychotiques qui se répartissent en trois catégories :

- troubles névrotiques
- troubles des conduites alimentaires
- troubles du caractère et du comportement prédominants.

I) Les troubles névrotiques

Ils représentent 29 cas soit 20 % de la population étudiée.

a) troubles névrotiques mineurs : 7 cas

Sept jeunes filles n'ont été admises à la clinique Georges Dumas que pour des troubles psychiatriques mineurs qui se sont révélés être des réactions adaptées et salutaires à une situation pathogène actuelle. Elles n'ont présenté aucun trouble durant l'hospi-

talisation qui n'a été justifiée qu'en tant qu'éloignement du milieu familial ou de la situation pathogène.

Exemple : observation n° II8

Jeune fille de 19 ans qui redouble sa classe de terminale. Depuis deux ans, échec scolaire, troubles du caractère avec opposition au père, instabilité émotionnelle, deux tentatives de suicide mineures.

En fait, le foyer est dissocié, le père, parvenu, se comporte comme un tyran domestique, éthylique et coureur de jupons.

Les troubles présentés par la jeune fille semblent uniquement réactionnels, et l'opposition au père normale. Durant le séjour, elle n'a présenté aucun trouble. Depuis sa sortie datant de deux ans, elle envoie régulièrement des nouvelles. Elle est mariée, mère de famille, et n'a plus jamais eu recours à un psychiatre.

Deuxième exemple : observation n° 35

Jeune fille de 20 ans, élève de terminale, placée depuis l'enfance dans divers établissements spécialisés pour déficients visuels (amblyopie OGD I,5/I0).

Etat dépressif mineur à l'approche du baccalauréat et de l'entrée dans la vie active. Son avenir professionnel et sentimental semble en effet un problème réel. Séjour bref d'un mois. L'état dépressif est résolu. Six mois après la sortie, la jeune fille va bien ; elle a été reçue au baccalauréat et envisage de devenir institutrice pour déficients visuels. Il existait certes des problèmes névrotiques qui ne sont pas résolus mais il n'était pas possible de les aborder vu la guérison symptomatique et l'impossibilité d'assurer à la jeune fille la poursuite de sa scolarité dans le cadre de la clinique.

b) Névroses relativement structurées

Nous avons retrouvé différentes catégories nosographiques de névroses chez nos malades.

- Névroses d'angoisse : 3 cas

Il ne s'agit pas de névroses d'angoisse pures mais de formes en cours d'évolution vers des conduites névrotiques plus stables et plus systématiques.

Exemple : observation n° 67

Jeune fille de 18 ans, élève de terminale. Milieu familial âgé. Le père est décédé depuis quatre ans. La mère est rigide et hyperprotectrice. La jeune fille a toujours eu un tempérament anxieux, avec asthénie, tendance au repli sur soi, troubles de l'appétit et du sommeil. Elle a présenté à l'âge de 8 ans des manifestations obsessionnelles transitoires. Les troubles actuels ont débuté progressivement, il y a quatre ans, peu après le décès du père. Il s'agit de grandes crises d'angoisses survenant sur un fond d'asthénie, de troubles du sommeil (mentisme prehypnique, cauchemars) et d'inhibition scolaire élective puis globale.

Durant le séjour, nous voyons apparaître à côté des éléments anxieux :

- des éléments obsessionnels
- des éléments phobiques avec conduites de réassurance
- des éléments pervers sado-masochistes, avec passages à l'acte autopunitifs : brûlures de cigarettes, comportements d'échec scolaire et sexuel.

- Névroses hystériques : 3 cas

A côté d'un cas typique de crises excito-motrices généralisées de type "Charcot" chez une jeune africaine assez fruste, nous avons deux cas où le diagnostic d'hystérie est plus discutable :

- dans un cas, il s'agit plus d'une structure de personnalité hystérique que d'une névrose organisée

- dans l'autre cas, la présentation est hystérique et les troubles névropathiques de conversion au premier plan, mais nous retrouvons également des éléments phobiques et anxieux.

- Névrose obsessionnelle : un cas

Il s'agit d'un syndrome obsessionnel grave avec idées obsédantes et rituels multiples ayant débuté brutalement à 14 ans, et évoluant depuis un an.

Nous relevons également quelques éléments hystériques (phénomène de valse-hésitation notamment).

La malade a de plus été hospitalisée d'urgence pour un syndrome d'opposition et de refus d'allure hystérique plus qu'obsessionnelle.

c) Troubles névrotiques peu systématisés

A côté de ces malades, nous avons un groupe de 15 malades dont les troubles sont d'ordre névrotique, sans qu'une névrose structurée puisse être individualisée. Nous voyons coexister des éléments hystériques, phobiques, obsessionnels, des traits pervers parfois, des épisodes dépressifs, anxieux, anorectiques, sans qu'aucun groupement symptomatique paraisse prédominant.

Exemple : observation n° 88

Jeune fille de 19 ans, élève de terminale à l'école normale. Milieu familial fruste et composite (décès du père, remariage de la mère). On note dans les antécédents un petit état dépressif à 16 ans. A 18 ans, débute rapidement un état dépressif grave avec tentative de suicide qui entraîne une hospitalisation de quatre mois en milieu psychiatrique. La malade nous est adressée pour "dépression névrotique grave peu structurée". Le bilan psychologique pratiqué pendant la première hospitalisation montrait :

un conflit culpabilisant avec l'image maternelle, des traits schizoïdes et obsessionnels, un noyau masochiste.

Durant le séjour, la symptomatologie a été très variée, avec coexistence :

- d'éléments dépressifs
- d'angoisses à symptomatologie somatique
- d'éléments hystériques (immaturité, dépendance, amnésie de l'enfance)
- d'éléments psychasthéniques (dévalorisation, manque de confiance en soi, souci du jugement d'autrui)
- d'éléments obsessionnels (doutes, vérifications dans l'existence quotidienne et le travail scolaire)
- de manifestations d'auto-agressivité (onychophagie, migraines autopunitives, phobies d'impulsion à se donner la mort avec un passage à l'acte)
- d'un épisode anorectique bref.

Un diagnostic précis est impossible. On peut parler de déséquilibre névrotique grave.

L'évolution a été favorable sous traitement psychothérapique et chimiothérapique. Mais la malade est sortie prématurément contre avis médical pour se rapprocher de sa famille. Une deuxième hospitalisation avec reprise d'un traitement psychothérapique a permis une meilleure structuration des défenses.

Observation n° 32

Jeune fille de 17 ans, élève de seconde. Milieu familial dissocié par la mésentente des parents. Dans les antécédents, on relève un changement de caractère à 7 ans, avec isolement consécutif à un traumatisme cranien et une hypothyroïdie. Depuis deux ans, état dépressif trainant, déclenché par un projet de divorce des parents, avec tentative de suicide sérieuse. Malgré l'hospitalisation, un traitement chimiothérapique, des électrochocs, l'état

de la malade ne s'est pas amélioré.

Durant le séjour, on note :

- une thymie dépressive avec idées d'incurabilité, de mort
- une délectation morbide dans l'échec, le récit de ses troubles et des échecs thérapeutiques
- des angoisses mal contenues par des crises boulimiques
- des éléments hystéroïdes (amnésie de certains faits précis)
- un syndrome de dépersonnalisation mineur (impression de deux "moi" conversant dans sa tête)
- une phobie scolaire, avec refus de reprise des cours.

Les tests montrent une inhibition intellectuelle importante. Les projectifs sont pauvres mais nettement névrotiques.

On peut parler d'état dépressif névrotique certes, mais il est difficile d'aller plus loin. S'agit-il d'une structure hystérique, ou hystero-perversive ? d'un déséquilibre névrotique ? d'une névrose d'échec ?

2) Les troubles des conduites alimentaires : II cas soit 7 % de la population étudiée.

Ces troubles ne sont pas univoques

- Une malade adressée pour anorexie avec amaigrissement, aménorrhée et un petit élément dépressif associé s'est révélé être atteinte d'une insuffisance antéhypophysaire avec retentissement ovarien, surrénalien et thyroïdien, soupçonnée devant un aspect de développement staturo-pondéral insuffisant et confirmée par le bilan biologique. Les conduites anorexiques étaient réactionnelles aux tentatives de gavage motivées par la perte d'appétit, et ont disparu avec la mise en route d'un traitement hormonal substitutif. Les règles ont réapparu rapidement et le poids s'est stabilisé.

- Deux cas correspondent à l'image traditionnelle de l'anorexie mentale de la jeune fille, avec restrictions alimentaires, perte

de poids et aménorrhée dans un contexte de refus de la féminité et de la sexualité et de conflit avec la mère.

- Dans six cas, il faut plutôt parler de syndrome anorectique survenant dans le cadre d'un tableau névrotique.

Exemple : observation n° 6

Jeune fille de 17 ans, élève de première. Milieu familial dissocié. Les quatre frères et soeurs présentent des troubles névrotiques.

Antécédents : quatre épisodes anorectiques et un épisode anxieux depuis l'enfance. L'épisode actuel a débuté il y a un an, après un échec sentimental et a nécessité une hospitalisation de deux mois. La malade est adressée pour anorexie et réaction névrotique dépressive et anxieuse. Durant le séjour, après un isolement bref qui permet le retour à un poids normal et la reprise des règles, la malade se présente sous un jour dépressif et anxieux avec immaturité et quête affective intense. Elle est transférée à la clinique Dupré à Sceaux pour se rapprocher de sa mère et entreprendre une psychothérapie.

Observation n° 6I

Jeune fille de 18 ans, élève de première. Mère obèse. Carence affective (parents très occupés). Début des troubles à 13 ans peu après la naissance d'une soeur : alternance d'épisodes anorectiques et boulimiques associés à des troubles du caractère en milieu familial, ayant nécessité plusieurs hospitalisations. Le diagnostic porté est de troubles des conduites alimentaires sur personnalité névrotique très immature.

Durant le séjour, se présente comme une personnalité hystéro-narcissique avec traits pervers masochistes. Les crises boulimiques auxquelles s'associent des vols nettement érotisés et des relations sexuelles vécues sur un mode oral avec fantasmes de grossesse digestive, ont la valeur de passages à l'acte

pervers auto-punitifs et culpabilisants.

En psychothérapie, l'amélioration structurale reste très modérée malgré l'amélioration du comportement.

- Dans deux cas, les vomissements provoqués sont au premier plan, associés à de gros troubles du comportement (mensonges, vols, dévergondage sexuel) et la structure sous-jacente paraît essentiellement perverse.

3) Les troubles du caractère et du comportement
17 de nos malades, soit 11 % ont présenté des troubles du caractère et du comportement marqués.

a) Dans six cas il semble exister un noyau caractériel pervers comportant les trois traits décrits par Regis : amoralité, inaffectivité, inadaptabilité. L'impulsivité de ces malades avec tendance au passage à l'acte, leur insensibilité aux impératifs sociaux habituels et aux moyens éducatifs ont rendu leur séjour très difficile.

Exemple : observation n° 107

Jeune fille de 19 ans, élève de première. Milieu familial pathogène : mésentente des parents. Père très faible, diminué intellectuellement par une intoxication accidentelle oxy-carbonée, virtuellement absent. Mère hyperprotectrice.

Dans les antécédents, on relève :

- des troubles du caractère, du sommeil, de l'oralité dès l'enfance. Le caractère habituel était renfermé, peu affectueux.
- Une instabilité scolaire avec nombreux changements d'établissements sur sa demande. La scolarité est bonne mais non motivée.
- Des relations sexuelles précoces sans contexte sentimentale, un avortement récent.

Depuis deux ans, les troubles du caractère se sont aggravés et la malade a présenté un état dépressif.

Durant le séjour, on note :

- des affects dépressifs, avec vécu de dévalorisation
- des troubles du caractère : agressivité, instabilité émotionnelle, insolences, indiscipline
- des troubles du comportement graves :
 - . impulsions clastiques
 - . vols avec prosélytisme
 - . fugues
 - . relations sexuelles inadaptées
- des manifestations auto-agressives qui ont valeur de passage à l'acte culpabilisant non précédé de lutte anxieuse : brûlures de cigarettes, une tentative de suicide impulsive (se jette sous un camion parceque sa mère veut lui faire manger un dessert)

Ces troubles sont insensibles à tout moyen éducatif et à toute répression. Il s'agit d'une névrose de caractère grave, non structurée, centrée sur un noyau sado-masochiste. Le pronostic est réservé. La scolarité a été médiocre et les troubles psychiatriques ont peu évolué. Peu après la sortie, la malade a du être confiée au juge des enfants.

Cinq autres malades ont présenté des troubles analogues. Le résultat du séjour a été négatif sur le plan médical. Une seule malade a poursuivi des études correctes et a pu regagner sa famille. Les quatre autres ont été confiées au juge des enfants ou à l'hôpital psychiatrique.

b) Dans un cas de troubles du comportement majeurs, la personnalité présentait un versant névrotique.

Observation n° I39

Jeune fille de 17 ans, élève de première. Milieu familial composite et dissocié.

Antécédents : à l'adolescence, une fugue, une tentative de suicide, une liaison homosexuelle. Suivie depuis un an pour névrose de caractère, elle est adressée en urgence pour menace de suicide. La malade a effectué deux séjours au pavillon des lycéennes.

- Premier séjour (deux semaines) : se présente comme un grave déséquilibre psychique avec traits pervers et troubles du comportement incompatibles avec la poursuite du séjour : caractère opposant et agressif, impulsivité, instabilité motrice avec mouvements incessants, vols, fugues, ivresses.

- Deuxième séjour : réhospitalisée à la suite d'un raptus suicidaire. Le versant pervers est toujours vivace (brûlures de cigarettes, phlébotomies, fugue par désir d'être rejetée) mais le versant névrotique permet un abord psychothérapique. L'amélioration est nette. Le comportement se normalise. La scolarité est bonne (réussite au baccalauréat et au concours d'entrée à l'école d'infirmières).

- Au cours d'une troisième hospitalisation en tant qu'étudiante une reprise de la psychothérapie permettra une meilleure intégration de la sexualité.

c) Les troubles moins graves : 10 cas.

A côté de ces cas graves, nous avons dix malades ayant présenté aussi des troubles du caractère et du comportement mais dont les troubles semblent moins graves.

- Parfois, c'est l'aspect réactionnel des troubles qui frappe dans le cadre d'une situation familiale pathogène.

Exemple : observation n° 42

Jeune fille de 18 ans, élève de terminale, adressée pour troubles du caractère en milieu familial et scolaire. Les troubles ont débuté dès l'enfance : troubles du caractère et

instabilité, troubles du sommeil, énurésie. La scolarité a été irrégulière et marquée par l'indiscipline, mais les résultats ont néanmoins été satisfaisants.

Milieu familial dissocié : père instable. Nombreux changements d'emploi et abandon du domicile conjugal depuis six ans pour se réfugier chez sa propre mère. La mère est suivie pour état dépressif névrotique. Les grands-parents sont très rigides et n'apportent aucune aide à la mère qui reste seule pour élever dix enfants. La jeune fille a donc dû souvent s'occuper de la maison et de ses frères et soeurs.

Durant le séjour : les troubles du comportement ont été mineurs : arrogance, chahuts, refus des contraintes et de la discipline, refus du traitement. La scolarité a été irrégulière (absences, menaces de renvoi, échec au baccalauréat).

Le diagnostic porté est de déséquilibre psychique léger et réactionnel. On ne peut dire si l'hospitalisation a été utile, mais l'évolution ultérieure a été favorable : au bout de deux ans, la jeune fille est mariée, mère de famille, et parfaitement adaptée sur le plan familial et social. Le rôle déterminant de la situation familiale semble démontré a posteriori.

- Parfois les troubles du caractère et du comportement paraissent symptomatiques d'une évolution névrotique.

Exemple : observation n° 43

Jeune fille de 20 ans, élève de terminale. Milieu familial : père anxieux, instable, violent, qui a dilapidé une grosse fortune. Mère de caractère obsessionnel.

Antécédents : dès l'enfance, retard d'apprentissage du langage oral et écrit. Masturbations. Enfant triste, angoissée, écrasée par une soeur brillante.

Troubles du caractère depuis toujours (fond caractériel de type paranoïaque avec refus des contraintes, exigence envers autrui, jugements sévères). Cyclothymie. Aggravation des troubles depuis deux ans : irritabilité croissante, colères clastiques, épisodes dépressifs avec idées de mort. Elle est adressée pour caractériopathie avec traits de paranoïa sensitive et instabilité.

Durant le séjour : présente quelques troubles du comportement (mauvais contrôle émotionnel) mais également

- des traits paranoïaques
- une thymie dépressive avec idées de mort, dévalorisation
- des angoisses à contenu hypocondriaque.

Les tests montrent un niveau moyen, des problèmes névrotiques familiaux et sexuels. Anxiété, inhibition. La scolarité est assez bonne (réussite au baccalauréat).

Il semble s'agir d'une névrose de caractère avec fond dépressif. L'évolution a été favorable : maturation, amélioration du caractère, et prise de distance par rapport à la famille. Le pronostic est bon. Effectivement, deux ans plus tard, la malade poursuit des études de bibliothécaire et l'adaptation familiale est meilleure.

- Enfin parfois les troubles semblent s'intégrer dans le cadre d'une crise d'adolescence grave et sont proches des troubles décrits par Roumajon sous le nom de "comportements inadaptés de l'adolescent normal".

Exemple : observation n° I50

Jeune fille de 16 ans, élève de seconde. Milieu pathogène : les deux parents sont suivis par un psychiatre (père paranoïaque probable).

Aucun antécédent psychiatrique. A partir de 13 ans, crise d'adolescence grave avec baisse scolaire (indiscipline,

renvois pour absences et vagabondages), troubles du caractère et du comportement : colères élastiques, menaces de suicide, fréquentation de délinquants, drogues mineures (haschisch, corhydrane), relations sexuelles inadaptées dans un contexte de dépression.

Durant le séjour, la malade n'a présenté aucun trouble du comportement, mais quelques malaises hystériformes et quelques angoisses durant les cours. La scolarité très moyenne et désinvestie est arrêtée. Le séjour, peu justifié, est limité à deux mois. La malade est retournée dans sa famille, a pris un travail et depuis deux ans, n'a plus présenté aucun trouble du comportement. Il s'agissait effectivement d'une crise d'adolescence avec opposition aux parents sur le plan de la moralité, qui a évolué favorablement.

GROUPE II - MALADES PSYCHOTIQUES

Nous avons porté le diagnostic de psychose dans 47 cas, soit près du tiers de nos malades. Le diagnostic a été porté devant un tableau clinique psychotique aigu ou chronique franc. Ce diagnostic a été confirmé par l'examen psychologique dans 22 cas. Dans 7 cas, les tests étaient moins évocateurs : 5 fois ils ne montraient que quelques éléments psychotiques, deux fois aucun élément psychotique n'avait persisté après la rétrocession de l'épisode aigu.

Nous avons divisé l'étude des malades psychotiques en deux chapitres :

- les psychoses probablement non schizophréniques
- les schizophrénies.

I) Les psychoses probablement non schizophréniques :

I2 cas. C'est volontairement que nous utilisons ce terme restrictif de "probablement".

- Il s'agit de malades dont la symptomatologie n'est pas évocatrice de schizophrénie, mais on connaît le risque d'évolution dissociative des épisodes psychotiques aigus chez les adolescents.

- De plus, dans plusieurs cas, nous avons évoqué sans pouvoir l'affirmer, l'éventualité de cette évolution.

Ces malades appartiennent à différentes catégories :

a) Bouffées délirantes aiguës : 2 cas

Deux de nos malades ont présenté des épisodes délirants aigus qui semblent être restés sans conséquence.

- Dans un cas, il s'agit d'une décompensation psychotique aiguë (avec mutisme, attitudes catatoniques, tentative de suicide grave) de troubles névrotiques anciens (refus de féminité, anxiété, inhibition intellectuelle, crises syncopales) évoluant depuis l'âge de I2 ans et s'étant améliorés en psychothérapie. Ces troubles étaient apparus dans un contexte familial défavorable (transplantation, mésentente, mère anxieuse, père de caractère paranoïaque, inversion des rôles dans le couple parental).

Durant le séjour, la malade ne présente aucun symptôme psychotique. Elle s'est restructurée à un niveau névrotique (anxiété, quelques préoccupations obsédantes concernant le poids et la nourriture, caractère légèrement revendicateur). Six mois après la sortie, la malade va bien et poursuit une scolarité normale.

- Dans l'autre cas, il s'agit d'un épisode délirant aigu survenu sur une personnalité antérieure bien adaptée. Durant le séjour la malade a présenté un épisode dépressif transitoire, mais

aucun élément psychotique à part quelques petits troubles du contact et du vécu qui ont rétrocedé. Un an après la sortie, elle poursuit ses études en faculté et est bien adaptée sur le plan familial et social.

b) Psychoses maniaco-dépressives : 5 cas

Nous classons ici des malades dont l'évolution a été cyclique, avec troubles de l'humeur au premier plan. Il s'agit dans un cas d'un épisode mélancolique franc, dans les quatre autres cas nous trouvons des épisodes maniaques ou dépressifs atypiques, ou des états mixtes maniaco-dépressifs.

Le milieu familial est pathologique dans les cinq cas (père maniaque, ou éthylique, ou de caractère nettement paranoïaque).

- Une malade admise à Georges Dumas en cours d'épisode maniaque a dû être transférée à l'hôpital psychiatrique.

- Deux malades se sont restructurées à un niveau névrotique, avec des défenses plus ou moins solides.

Exemple : observation n° IOI

Jeune fille de 19 ans, élève de première. Aucun antécédent. Depuis un an, a présenté un épisode mixte maniaco-dépressif, puis un épisode mélancolique avec deux tentatives de suicide. A été hospitalisée à cinq reprises.

Durant le séjour, ne présente aucun symptôme psychotique : c'est une jeune fille immature, dont la thymie est dépressive, et qui montre de nombreux traits hystériques : dépendance, suggestibilité, mythomanie, chantage affectif avec phlébotomies multiples. La stabilisation obtenue semble de bonne qualité : un an après sa sortie, la jeune fille poursuit des études de secrétariat et va bien.

- Dans un cas, nous avons l'impression d'une authentique structure maniaco-dépressive dont le risque évolutif essentiel paraît la rechute. Un an après la sortie, la jeune fille poursuit des études d'infirmière. Elle reste fragile et présente des moments dépressifs.

- Dans un cas, l'évolution schizophrénique nous semble probable. L'humeur ne se normalise pas, la malade oscille entre des moments dépressifs et des moments expansifs atypiques avec conduites régressives et amORAles. Il n'y a ni délire, ni discordance, mais le contact reste pauvre, peu investi, inaffectif. Le travail scolaire est mauvais. Les tests de niveau montrent une ébauche de détérioration, les projectifs un protocole psychotique pauvre, régressif, stéréotypé. L'indication d'une cure de Sakel est posée, mais refusée par la malade et sa famille.

e) Autres psychoses : 5 cas

- Psychose paranoïaque : un cas

Observation n° 2 : durant le séjour, se présente comme un état dépressif avec traits de paranoïa sensitive et petit syndrome d'hostilité extérieure mal critiqué. Malgré l'amélioration symptomatique, le pronostic est réservé. Effectivement, peu après la sortie, décompensation psychotique avec extériorisation d'un délire structuré de type paranoïaque à thèmes politique et de filiation qui se révèle ancien.

- Psychose paraphrénique : un cas

Observation n° 75 : changement de caractère à la puberté. Isolement et refuge dans un mode de vie imaginaire coupé de la réalité. A 17 ans, épisode psychotique aigu dans un contexte imaginaire et hallucinatoire évoquant la paraphrénie. Durant le séjour : le délire est critiqué mais la malade vit dans son rêve et se plaint

de phénomènes imaginatifs visuels contraignants.

. Après la sortie : la scolarité reste bonne mais l'adaptation familiale et sociale est précaire. La malade tient des propos philosophiques bizarres. Le risque d'évolution dissociative semble élevé.

- Psychoses hystériques : deux cas

Nous avons porté ce diagnostic devant des épisodes psychotiques transitoires à type de syndrome de dépersonnalisation et d'influence avec petit automatisme mental survenant dans un contexte de baisse de la vigilance (le souvenir est flou, dans un cas nous voyons une fugue et une tentative de suicide effectuées dans un état crépusculaire). Ces états psychotiques sont brefs et résolutifs.

La personnalité présentait des traits hystériques nets. Les tests montraient des protocoles psychotiques mais non schizophréniques. Dans un des cas, il s'agit peut-être d'une forme évolutive de schizophrénie (la malade avait subi antérieurement deux cures de Sakel de 50 comas). L'évolution ultérieure a été défavorable dans les deux cas :

- une des malades a été rapidement réhospitalisée en milieu psychiatrique
- l'autre s'est suicidée peu après avoir quitté Georges Dumas.

- Séquelles de psychose infantile : un cas

Observation n° I34 : la malade se présente comme une psychotique de contact difficile (repliée sur elle-même, fuyante, avec barrières, évitement du regard, parole rare, ou opposante), en même temps immature, dépendante, très sensible au rejet. Il existe des idées contraignantes et quelques interprétations. Mais

- d'une part les troubles semblent fixés, peu évolutifs,
- d'autre part ils ont débuté dès l'enfance, à trois ans, après

- 11 -

une encéphalite, sous forme de troubles du caractère graves avec manifestations d'auto-agressivité (se tape la tête contre les murs). Ils ont entraîné un rejet par les parents avec placement chez la grand-mère, puis dans diverses familles. Le lien à la mère est très pathologique, fait à la fois de dépendance et d'agressivité (la jeune fille injurie sa mère, la frappe, l'oblige à l'habiller, à la coucher...). Il semble s'agir de séquelles d'une psychose infantile plutôt que d'une évolution psychotique actuelle. Les tests ne montrent pas d'éléments franchement psychotiques.

2) Les schizophrénies

Nous avons porté le diagnostic de schizophrénie dans 35 cas, soit près du quart des malades. Les modalités évolutives de la maladie sont diverses :

a) Dans 16 cas, il s'agit de formes intermittentes dont le début est en général ancien (ces formes évoluent dans tous les cas depuis plus de deux ans, mais parfois depuis cinq ou six ans). Ces formes évoluent par poussées, qui sont soit des épisodes psychotiques aigus ou subaigus, soit des épisodes pseudo-névrotiques atypiques, ou des troubles du comportement, des actes saugrenus, des tentatives de suicide apparemment immotivés.

Les crises aiguës sont le plus souvent rapprochées, responsables d'hospitalisations multiples qui altèrent la vie familiale et scolaire des malades.

Entre les poussées, il existe un déficit cliniquement et socialement évident, que la personnalité reste franchement discordante ou simplement schizoïde et mal adaptée à la réalité. Souvent l'évolution se fait "en marches d'escalier", l'état résiduel entre les poussées paraissant de plus en plus pathologique.

Exemple : observation n° II9

Jeune fille de 18 ans, élève de première. Aucun antécédent psychiatrique. Les troubles débutent à 12 ans quand la jeune fille apprend que sa belle-mère n'est pas sa mère.

- A 12 ans : changement de caractère : isolement, impression d'abandon et de rejet. Evolution schizoïde.
- A 14 ans : tentative de suicide immotivée par strangulation. Baisse de l'efficiencce scolaire.
- A 15 ans, épisode psychotique subaigu avec syndrome d'hostilité extérieure et syndrome de dépersonnalisation (signe du miroir). Consultation psychiatrique : diagnostic de schizophrénie débutante, confirmé par les tests.
- A 16 ans, tentative de suicide dans un contexte de syndrome d'influence.
- A 17 ans, épisode délirant aigu avec automatisme mental, syndrome d'influence et de possession, délire à thèmes polymorphes (négation et transformation corporelle, possession, thèmes mystiques, érotiques, de filiation...) Le mécanisme est surtout hallucinatoire. Hospitalisation de six mois (traitement neuroleptique et sismothérapie). Les phénomènes délirants s'estompent mais la malade reste autistique.

Durant le séjour à Georges Dumas, la malade reste isolée, apragmatique, aboulique. La discordance s'exprime dans le domaine psychomoteur : la mimique est figée, inexpressive, la malade déambule sans fin dans le service. Il existe des stéréotypies gestuelles. Pendant l'entretien, la malade est semi-mutique, la pensée est diffluyente, le discours entrecoupé de barrages et de réponses à côté. Le délire est mal critiqué : la malade oscille entre la conviction et la perplexité. Il persiste un syndrome d'influence et un syndrome d'automatisme mental avec devinement de la pensée et commentaire des actes. Discordance

affective. Fixation homosexuelle à une malade qui ne lui a jamais adressé la parole.

Les tests montrent une amorcée de détérioration et une évolution psychotique grave probablement schizophrénique.

Il s'agit d'une schizophrénie paranoïde déficitaire. La reprise scolaire est impossible. La malade est transférée dans un établissement de réadaptation professionnelle pour malades mentaux.

b) Dans 19 cas, le début de l'évolution est plus récent. Il s'agit :

- soit d'une évolution dissociative après un épisode psychotique aigu : 9 cas

Exemple : observation n° 87

Jeune fille de 19 ans, élève de terminale. Pas d'anomalies du milieu familial, ni de la personnalité prémorbide. A 17 ans et demi, éclosion sur un fond d'isolement croissant, d'un épisode délirant aigu inauguré par une démarche saugrenue centrée sur de fausses reminiscences. Comportement délirant (se promène nue dans les rues). Thèmes délirants polymorphes. Mécanismes surtout intuitifs. Hospitalisation. Traitement neuroleptique.

Durant le séjour à Georges Dumas :

- l'adaptation est mauvaise : la malade reste isolée, la vie est économe, stéréotypée
- le délire est imparfaitement critiqué et regretté, avec reprises subdélirantes transitoires (idée de mission à accomplir).
- Il existe des phénomènes obsessionnels contraignants sans lutte ni ritualisation qui paraissent proches de l'influence extérieure.
- La malade est dépendante et intolérante aux frustrations.
- Le contact est pauvre. On note quelques barrages, des troubles de l'attention et de la concentration, une tendance à la fuite de la pensée vers le passé.

Les tests montrent :

- un niveau moyen mais pas de détérioration
- un Rorschach pauvre, avec rétrécissement du champ des intérêts, persévérations, mauvaises formes
- l'angoisse est massive, et il n'existe pratiquement aucune défense.

Le diagnostic le plus vraisemblable est celui d'évolution hébéphrénique après bouffée délirante aiguë.

- Soit d'une invasion psychotique progressive : 9 cas

Exemple : observation n° 15 : jeune fille de 17 ans, élève de seconde. Début des troubles après une transplantation. Mais la personnalité antérieure était schizoïde et dépendante de la mère. Adressée pour syndrome dépressif atypique avec isolement, repli sur soi, refus du monde et du réel, préoccupations philosophiques. Troubles du caractère, réactions d'opposition à la mère. Baisse de l'efficienne scolaire.

A l'entrée à Georges Dumas, la malade se présente comme une hébéphrène régressée. Le contact est inexistant. Le seul intérêt qui persiste est le tennis. La reprise des cours est impossible vu les difficultés intellectuelles.

Les tests montrent une invasion schizophrénique et une amorce de détérioration. L'indication de cure d'insuline est posée.

- Dans deux cas, c'est durant le séjour à Georges Dumas que l'on a assisté à la décompensation dissociative de troubles qui semblaient névrotiques.

Exemple : observation n° 89 : jeune fille de 17 ans, élève de seconde. Milieu familial pathogène (la mère suit un traitement tranquillisant) et antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : troubles névrotiques dans l'enfance (énurésie, troubles du sommeil). Caractère antérieur schizoïde.

Elle est adressée pour névrose hystéro-phobique évoluant depuis un an avec inhibition scolaire et existentielle (refuge dans le sommeil avec prise de somnifères le jour, d'éthor), syndrome dépressif, impulsions suicidaires (dont l'une a été suivie de passage à l'acte sous forme de défenestration), crises d'angoisses somatisées.

Dès l'arrivée, l'impression est défavorable. L'état dépressif n'est pas franc, il s'agit plutôt d'athymhormie, avec quelques idées de mort vagues, immotivées. Les attitudes sont stéréotypées, les gestes économes. La parole est rare, entrecoupée de silences qui sont peut-être des barrages. Il existe un mentisme obsédant centré sur la tentative de suicide.

La malade se présente comme un état prépsychotique plutôt que névrotique.

En cours d'évolution, l'apparition de certains éléments amène à porter le diagnostic de schizophrénie :

- l'indifférence affective croissante qui mène à un dévergondage sexuel sans plaisir
- les anomalies du schéma corporel qui s'expriment dans un maquillage outrancier
- une automutilation impulsive et immotivée (se taillade le bras avec un fragment de verre, ce qui nécessitera la pose de vingt points de suture)
- enfin le test thérapeutique : l'amélioration sous traitement neuroleptique incisif.

GROUPE III - DIAGNOSTIC INCERTAIN

Dans 46 cas, le diagnostic n'a pu être posé de façon certaine.

I) Dans 8 cas en raison de la brièveté de l'hospitalisation. Il s'agissait de malades adressées pour :

- suspicion de schizophrénie : 3
- troubles névrotiques : 3
- troubles du caractère et du comportement : 1
- cas social (grossesse) sur réaction névrotique au décès du père : 1

Les raisons du départ ont été :

- des difficultés d'adaptation qui paraissaient mineures : 5 fois.
Les parents, anxieux, ont emmené leur fille contre avis médical.
- des raisons scolaires : 2 fois (impossibilité d'assurer l'encadrement scolaire désiré à l'intérieur de la clinique)
- le problème social a été résolu par le retour en milieu familial et la poursuite d'un traitement ambulatoire.

2) Dans 36 cas en raison de l'atypicité des troubles

a) Dans certains cas le diagnostic de schizophrénie a été évoqué mais n'a pu être affirmé en raison d'une observation assez brève, et de troubles atypiques. On a hésité à porter ce diagnostic en raison du pronostic fâcheux qui s'y attache.

Exemple : observation n° I26

Jeune fille de 17 ans, élève de troisième. La mère est traitée pour délire de persécution, le père est très anxieux. Antécédents : à 14 ans, difficultés d'adaptation et baisse du rendement scolaire à la suite d'un changement de ville. Depuis un an présente :

- un état dépressif avec idées de mort et de culpabilité
- des obsessions à contenu dysmorphophobique centrées sur une cicatrice minime de piqûre d'insecte sur le nez, avec refus de sortir (a cessé toute scolarité depuis un an) et obsession de ne pouvoir se faire d'amis.

Durant le séjour, la malade est réticente, mais il n'y a ni délire, ni discordance. On évoque cependant le diagnostic de schizophrénie débutante devant

- les éléments dysmorphophobiques toujours suspects à cet âge
- les difficultés de contact avec les autres
- les tests de niveau qui montrent un gros retard, des lacunes inexplicables, la difficulté d'acquisitions nouvelles,
- l'échec de la reprise scolaire : le travail est stéréotypé et la perte des repères spatiaux en mathématiques entraîne des réactions de panique.

Malheureusement la jeune fille est reprise par son père au bout de trois mois et l'évolution ultérieure n'est pas connue.

- Parfois, spontanément ou sous l'effet du traitement, nous nous trouvons en présence de malades qui ne présentent que quelques symptômes discrets de la série dissociative. Il s'agit de formes qui paraissent non évolutives et pour lesquelles on peut parler de "schizophrénies a minima" ou de "syndromes schizophréniformes".

Exemple : observation n° I48

Jeune fille de 19 ans, élève de première. Schizoïde de toujours. Suivie depuis l'âge de 13 ans pour état dépressif atypique avec indifférence, indécision quant à l'avenir, impression d'inutilité, absence de contacts sociaux, mais bonne

entente avec la famille. La scolarité est médiocre.

Sur ce fond dissociatif, se sont greffés des désirs sexuels avec attirance impulsive avouée sans gêne ni culpabilité, et plus récemment une tentative de suicide immotivée a entraîné une hospitalisation. Sous traitement neuroleptique, la thymie s'est normalisée et la malade s'est sociabilisée.

Durant le séjour à Georges Dumas, l'adaptation a été assez bonne, mais la malade est lente, un peu figée, passive et docile, pas très vivante. Les contacts manquent de chaleur et de spontanéité. Elle fuit les situations de groupe. Elle n'a pas présenté de troubles psychiatriques à part quelques petites périodes dépressives sur un fond thymique neutre. La scolarité est bonne.

Le diagnostic le plus probable est de syndrome schizophrénique résiduel "a minima" stabilisé à un niveau d'adaptation sociale moyen.

b) Ailleurs, c'est derrière un masque que nous suspectons une évolution psychotique ou prépsychotique, devant quelques symptômes psychotiques discrets.

Ce masque peut être névrotique, ou caractériel, ou prendre la forme de troubles des conduites alimentaires.

Exemple : observation n° 16

Jeune fille de 19 ans, élève de terminale. Milieu pathogène : sans mère. Père d'origine russe, âgé, rigide. Antécédents : peu après le décès de la mère, à 13 ans, syndrome obsessionnel centré sur la mort qui rétrocede spontanément. Depuis trois ans, reprise du syndrome obsessionnel avec dépression et angoisses.

Durant le séjour :

- la malade semble un peu figée, la vie économe, mais le contact est bon
- il existe un syndrome obsessionnel peu typique : il s'agit

d'idées obsédantes sur la mort, les problèmes métaphysiques. Il n'y a pas de ritualisation. Le travail scolaire est également méticuleux et perfectionniste.

- Enfin, la malade a présenté des épisodes d'angoisse massive, existentielle et métaphysique, résistant au traitement, et qui ont paru d'ordre psychotique.
- La malade a également exprimé des fantasmes psychotiques en psychothérapie de groupe.

Conclusion : structure psychotique. Défenses obsessionnelles peu structurées et insuffisantes pour contenir l'angoisse.

Observation n° 135

Jeune fille de 16 ans, élève de seconde.

Milieu pathogène : père éthylique, coléreux, parfois violent. Adressée pour névrose hystéro-phobique évoluant depuis huit mois avec phobies multiples, anxiété, syncopes, conduites suicidaires spectaculaires.

Durant le séjour, nous notons :

- des éléments hystériques : présentation théâtrale, maniérée, impression de jouer la comédie, conversion somatique de l'angoisse.
- des éléments obsessionnels : idées obsédantes centrées sur le corps (idée qu'elle a un goitre, des parasites) et la fuite du temps mais avec lutte et rituels multiples
- un état dépressif quasi mélancolique avec désir de mort
- mais aussi une ébauche transitoire d'automatisme mental avec commentaire des actes et hallucinations psychiques ; la peur des autres avec fuite du regard et du jugement.

Le diagnostic reste hésitant : s'agit-il d'une névrose grave, peu structurée, avec des éléments atypiques, ou plus vraisemblablement s'agit-il d'une structure prépsychotique,

avec oscillations entre les symptômes névrotiques et les symptômes psychotiques, comme si, pour éviter la dépersonnalisation, la malade essayait de restaurer et de défendre son "moi" en retrouvant des mécanismes de défense qui le mettent au contact des objets, au prix d'une position névrotique plus ou moins solide.

c) Dans d'autres cas, c'est devant des signes encore plus ténus que nous pensons à une prépsychose, qu'il s'agisse d'une impression clinique globale mal précisée, ou de l'existence de quelques éléments suspects dans le bilan psychologique.

Exemple : observation n° 8I

Jeune fille de 17 ans, élève de première. Milieu âgé et pathogène. Adressée pour épisode dépressif avec tentatives de suicide et syndrome anorectique évoluant depuis un an.

Durant le séjour, ces troubles ont rétrocedé mais nous avons été inquiets devant :

- les préoccupations corporelles (impression de corps et visage bouffis)
- des petits troubles du contact avec les autres : la malade se sent étrangère
- enfin des phlébotomies et brûlures de cigarettes immotivées.

La malade s'est nettement améliorée et le diagnostic a été de crise d'adolescence grave mais la possibilité d'une évolution psychotique a été retenue.

Observation n° II

Jeune fille de 20 ans, à la scolarité perturbée par plusieurs changements d'orientation. Se présente comme une personnalité psychasthénique et velléitaire, intolérante aux frustrations, avec instabilité thymique et quelques troubles du comportement. Mais les tests montrent :

- une affectivité régressive
- l'absence d'insertion sociale
- une non adaptation à la réalité avec suspicion d'activité autistique.

d) Enfin, quelques cas ont laissé perplexe :

Exemple : observation n° 22

Jeune fille de 17 ans. Parents séparés : père éthylique, brutal, décédé par suicide au gaz il y a quatre ans. Mère ambivalente, à la fois protectrice et rejetante.

Aucun antécédent.

Depuis l'âge de 12 ans, la jeune fille a effectué quatre fugues pathologiques conscientes et mnésiques, mais préparées dans un état d'élation. La première fugue a eu lieu le jour de la première visite à son père après la séparation des parents. Le but des fugues était l'Allemagne (où le père a été prisonnier de guerre)

Durant le séjour :

- l'adaptation est assez bonne
- la scolarité est moyenne
- il n'existe aucun symptôme psychotique apparent et les tests montrent une personnalité très indépendante, sans aucun élément psychotique.

Cependant :

- les sujets de préoccupations sont l'Allemagne, le nazisme, l'espionnage, la malade occupe ses loisirs à dessiner ou modeler en terre glaise des cadavres, des squelettes.
- Certains actes de la vie courante sont refusés (la malade refuse de donner des urines pour l'analyse systématique, cache la date de ses règles, refuse de subir un électroencéphalogramme)
- Elle est très réticente dès qu'on aborde le motif et le but de ses fugues.

- Elle effectue durant le séjour une nouvelle fugue à pied qui l'amène à Paris près du domicile de sa mère dans un état de saleté et de dénutrition inquiétants.

Il est impossible de conclure.

- Il existe un problème oedipien non résolu. S'agit-il d'une structure hystérique, avec baisse transitoire de la vigilance au moment des fugues ?
- Les fugues ont-elles valeur d'automatisme psychomoteur de longue durée d'origine épileptique ? Mais elles sont conscientes, mnésiques.
- Existe-t-il un élément délirant à thèmes politico-mystiques centré sur l'Allemagne, symptomatique d'un début de schizophrénie ? Il est impossible de le mettre en évidence.

Observation n° 96

Jeune fille de 17 ans, élève de terminale.

Enfant naturelle. Mère de caractère paranoïaque. Antécédents : troubles du caractère, cyclothymie, instabilité scolaire. Préoccupée depuis l'enfance par le problème de sa filiation.

Présente depuis trois mois un état d'excitation hypomane atypique avec des phénomènes quasi hallucinatoires entraînant la croyance sur le moment : il s'agit de visions des fantômes de visages de son père et de sa mère superposés. Ces visions apparaissent dans un contexte de baisse du niveau de conscience, et laissent une impression de cauchemar éveillé.

Durant le séjour, la malade arrive mal à préciser les caractères de ces visions. On ne peut dire s'il s'agit de phénomènes imaginatifs, ou hallucinosiques dans un contexte oniroïde, ou hystéroïdes.

Les tests montrent :

- des problèmes d'identifications féminine et parentale
- des tendances psychotiques.

Devant ces tests et l'impression clinique mauvaise, on pense à une prépsychose.

Trois mois après sa sortie, la malade est hospitalisée en milieu psychiatrique où le diagnostic d'hallucino-
se pédonculaire est posé.

Au terme de cette étude nosographique, il nous semble que les difficultés du diagnostic se présentent à deux niveaux :

I) A l'intérieur des grandes catégories nosographiques un diagnostic précis est difficile

- Les troubles névrotiques sont le plus souvent peu structurés, et même les névroses relativement structurées comportent des éléments atypiques.
- Les troubles du caractère et du comportement, les troubles des conduites alimentaires ont plus souvent valeur de syndrome que de maladie.
- Les schizophrénies ne se présentent pas sous l'aspect des grandes formes cliniques classiques décrites par Bleuler, mais prennent une forme beaucoup moins typique.
- Les psychoses non schizophréniques posent toujours le problème d'une évolution schizophrénique éventuelle.

2) Un groupe de 36 malades échappe à un diagnostic précis. On ne peut parler que de "prépsychoses" qu'il s'agisse de voies d'entrée dans la psychose ou de formes frustrées, latentes de psychoses, où nous voyons une oscillation entre des signes de la série névrotique et des signes dissociatifs et interprétatifs fins marquant la percée des défenses.

Dans ces cas, le diagnostic reposant sur une description clinique même minutieuse et complète nous paraît hasardeux.

Il faudrait pouvoir s'appuyer également sur une analyse de la structure dynamique de la personnalité telle qu'elle peut se faire à travers une relation psychothérapique de longue durée (analyse qui n'a pu être faite dans le cadre de la clinique) et sur un bilan psychologique projectif (mais les tests ont rarement été demandés dans un but diagnostic

T A B L E A U R E C A P I T U L A T I F

I	I - Troubles névrotiques	29	19 %
Malades non	troubles mineurs	7	
psychotiques	névroses d'angoisse	3	
57	névroses hystériques	3	
38 %	névrose obsessionnelle	1	
	névroses peu structurées	15	
	2 - Troubles des conduites	11	8 %
	alimentaires		
	3 - Troubles du caractère et du	17	11 %
	comportement		
II	I - Psychoses non schizophréniques	12	8 %
Malades	Bouffées délirantes aiguës		
psychotiques	psychoses maniaco-dépressives		
47	autres psychoses		
31 %	2 - Schizophrénies	35	23 %
III	I - Séjour bref	8	6 %
Diagnostic	2 - Symptomatologie atypique :	38	25 %
incertain	malades pré et parapsychotiques		
46			
31 %			

CHAPITRE III

LE RÔLE DE LA CLINIQUE GEORGES DUMAS - L'ÉVOLUTION MÉDICALE ET SCO- LAIRE DES MALADES DURANT L'HOSPITA- LISATION. LES PROBLÈMES DE READAPTA- TION ET DE REORIENTATION

Nous allons étudier successivement dans ce chapitre

- I - L'évolution des troubles psychiatriques durant l'hospitalisation
- 2 - Les problèmes particuliers posés par le statut scolaire des malades.
- 3 - Réflexions sur la place de la clinique Georges Dumas.

I) L'évolution des troubles psychiatriques durant l'hospitalisation

Nos 150 malades ont effectué 163 séjours à la clinique Georges Dumas.

La durée moyenne d'hospitalisation a été :

- six mois trois semaines par malade
- six mois une semaine par séjour

Il faut cependant noter que bon nombre d'hospitalisations ont été prolongées pour des raisons non médicales, soit pratiques (difficulté de trouver une structure d'accueil pour les malades sortantes quand le retour en milieu familial était impossible), soit scolaires (difficulté du transfert en cours d'année scolaire, ou proximité du baccalauréat).

a) Les moyens thérapeutiques

- L'hospitalisation réalise un traitement institutionnel dont les modalités peuvent être discutées mais dont le rôle est important. La séparation de parents souvent pathogènes est profitable pour les adolescentes. Elle permet aussi la détente des parents, qui facilite le retour éventuel en milieu familial.

Dès l'arrivée, les malades trouvent un réseau articulé de personnes, de lieux où les rencontres multiples permettent l'établissement de relations nouvelles, d'autant plus importantes que les liens avec le milieu familial et social étaient problématiques ou conflictuels.

Le nouveau pavillon réalise un milieu très structuré, où la discipline est stricte, mais il ne faut pas oublier que les malades sont des adolescentes qui ont souvent souffert d'une carence d'autorité. La discipline est un facteur positif pour la marche du service. Elle est rassurante pour les malades, les rattache à la réalité. Par contre, le rôle discipli-

naire du médecin risque de limiter ses possibilités d'abord psychothérapique des malades. On peut se demander quelle doit être la place de la contrainte dans la règle quotidienne, s'il faut laisser les malades exprimer craintes et angoisses, ou les amener à les réprimer si possible sans aide extérieure. De même l'agression peut-être difficile à supporter pour le personnel mais être une bonne chose pour la malade.

Les résultats de ce type de traitement sont difficiles à évaluer. Les symptômes et le comportement peuvent varier du fait du changement de milieu sans correspondre à une modification permanente de la personnalité. L'adaptation n'est pas synonyme d'adaptabilité.

D'autre part, les malades trouvent à la clinique un encadrement protecteur et sécurisant, dont elles ont certes besoin à un moment donné, mais qui pose des problèmes de "sevrage" à la sortie, d'autant plus que du fait de la scolarisation sur place et de l'existence sur place d'activités de loisirs, les contacts avec le milieu extérieur peuvent rester très limités.

- Le traitement médical

Toutes les méthodes thérapeutiques ont été utilisées :

. Le nombre restreint des malades hospitalisées a permis un contact très proche et une psychothérapie de soutien quasi quotidienne de la part des médecins. Le plus souvent la demande est exigeante et la malade s'engage facilement et rapidement dans la relation thérapeutique. Parfois le contact est limité par la peur de la relation, ou les réactions d'opposition. Bien souvent, c'est l'association des entretiens répétés et de la chimiothérapie qui augmente progressivement la confiance et permet une aide.

Les psychothérapies d'inspiration analytique, du fait du nombre restreint des psychothérapeutes vacataires, n'ont été utilisées que pour 7 à 8 % des malades, sous forme individuelle ou sous forme de psychothérapie de groupe. Elles ont présenté les mêmes caractères que toutes les psychothérapies d'adolescents, telles que les a décrites P. Male, en particulier l'aspect archaïque plus ou moins fusionnel de la demande et la difficulté de verbalisation des affects.

. Les moyens chimiothérapiques ont été utilisés en tenant compte de deux problèmes particuliers :

- d'une part la nécessité d'abrégé l'évolution des phénomènes aigus afin de permettre une reprise rapide de la scolarité
- d'autre part utiliser des médicaments dont les effets secondaires soient le plus discret possible sur les possibilités intellectuelles. Là intervient "l'investissement" du médicament. Les malades sont souvent hostiles aux prescriptions médicamenteuses, soit par peur d'ingérer un produit qui modifie leur esprit ou leur corps, soit parce qu'elles vivent la prescription comme un rejet de leur demande relationnelle, et elles mettent volontiers au compte du traitement des difficultés intellectuelles qui ne sont dues qu'à la maladie.

Outre les médicaments appropriés à l'affection mentale en cause, certains traitements symptomatiques nous ont paru avoir eu des effets favorables, notamment

- l'association thioridazine - propéridazine à petites doses, comme modérateur de l'impulsivité
- le laudanum de Sydenham utilisé comme anxiolytique quelques jours avant les examens
- les perfusions de cocktails lytiques type chlorpromazine - prométhazine - péthidine dans les états d'angoisse aigus résistant aux anxiolytiques habituels.

- Enfin, l'alimemazine à la dose de 10 à 30 mg a souvent suffi à assurer l'endormissement sans avoir d'effets secondaires au réveil.

- La sismothérapie a été pratiquée quand elle était nécessaire, toujours sous anesthésie générale.

Les malades pour lesquelles était posée l'indication d' insulinothérapie ont été transférées en milieu spécialisé.

- Les autres méthodes : sociothérapie, ergothérapie ont été utilisées surtout pour les malades ne pouvant momentanément poursuivre leur scolarité.

b) Les résultats

Nous allons, pour évaluer les résultats obtenus, reprendre la classification nosographique des malades.

I - Malades non psychotiques

- troubles névrotiques

- . guérison apparente : 6 cas
- . amélioration importante : 13
- . amélioration passable : 4
- . état inchangé : 5
- . aggravation : 1

Un an après la sortie :

- . dans 6 cas l'amélioration ou la guérison restent stables
- . 2 malades ont été réhospitalisées en établissement médico-psychologique
- . une malade présente des difficultés scolaires, familiales et sociales.

- Troubles des conduites alimentaires

- . guérison : deux cas (dont un cas d'insuffisance antéhypophysaire)
- . amélioration importante : 3
- . amélioration symptomatique : 4
- . état inchangé : 2 (une sortie contre avis médical)

Un an après la sortie, les cinq malades guéries ou très améliorées vont bien.

- Troubles du caractère et du comportement

Personnalités psychopathiques

- . aggravation : 3
- . état inchangé : 3

(dont deux sorties disciplinaires, un transfert en service fermé d'hôpital psychiatrique, quatre malades placées sous tutelle du juge des enfants)

Autres cas :

- . amélioration nette : 8
- . état inchangé mais troubles légers : 3

Un an après la sortie

- . bonne réadaptation scolaire et familiale : 5 cas
- . difficultés familiales : un cas
- . réhospitalisation en établissement médico-psychologique : un cas
- . décès (suicide probable) : un cas

2 - Malades psychotiques

- Psychoses non schizophréniques

- . amélioration nette : 3 cas
- . amélioration passable : 5
- . stabilisation d'un processus évolutif : 2
- . aggravation : deux cas (un transfert à l'hôpital psychiatrique pour épisode maniaque, un cas suspect d'évolution schizophrénique).

Un an après la sortie :

- . réadaptation satisfaisante : 4 cas
- . réadaptation précaire : 2 cas
- . réhospitalisation en milieu psychiatrique : 2
- . décès par suicide : I

- Schizophrénies

- . amélioration nette : 2 cas
- . amélioration passable : I2
- . stabilisation apparente : 6
- . état inchangé : 8
- . aggravation : 7

Cinq malades ont été transférées en milieu psychiatrique spécialisé pour subir une cure d'insuline. Trois de ces malades ont effectué un deuxième séjour à la clinique Georges Dumas. Deux semblaient stabilisées, dans un cas l'état était inchangé.

Un an après la sortie :

- . l'amélioration est restée stable dans trois cas
- . I2 malades ont été réhospitalisées en milieu psychiatrique (soit le tiers)

3 - Malades prépsychotiques

- . amélioration importante : 8
- . amélioration passable : I3
- . état inchangé : II (dont un transfert dans un autre établissement médico-psychologique pour suivre un psychodrame)
- . aggravation : 5
- . décès par suicide : I

Un an après la sortie :

- . l'amélioration s'est maintenue dans 4 cas
- . 4 malades présentent des difficultés familiales ou sociales, ou scolaires.

- . un malade a évolué vers un état schizophréniforme a minima qui lui permet de travailler dans une librairie
- . 2 ont été réhospitalisées en établissement médico-psychologique
- . 9 ont été réhospitalisées en milieu psychiatrique. Dans 4 cas, la décompensation psychotique est certaine.
- . 2 décès par suicide.

Au total, sur 142 malades hospitalisées plus d'un mois au nouveau pavillon, nous avons obtenu 91 guérisons ou améliorations, soit un pourcentage de résultats favorables de 64 % dont :

- 68 % pour les malades non psychotiques (mais 77 % si l'on exclut de cette catégorie les personnalités psychopathiques).
- 64 % pour les psychotiques, avec de meilleurs résultats pour les psychoses aiguës, et les schizophrénies à forme pseudo cyclique, entrecoupées d'épisodes aigus que pour les évolutions psychotiques progressives et continues.
- 55 % pour les pré et para-psychoses.

Mais il ne s'agit que de résultats à un moment donné, alors que la maladie mentale est une maladie de longue durée pour laquelle l'hospitalisation à la clinique Georges Dumas ne constitue qu'une modalité transitoire de la prise en charge thérapeutique. Le maintien de résultats acquis et le pronostic sont étroitement liés à la prise en charge ultérieure.

2) Les problèmes particuliers posés par le statut scolaire des malades.

a) Les antécédents scolaires des malades

La scolarité avant le début des troubles a été

- bonne ou très bonne : 51 % des cas
- moyenne : 37 %
- médiocre : 12 %

Mais, si la plupart des malades ont effectué une scolarité convenable, voire brillante jusqu'à la classe de troisième, souvent l'entrée dans le second cycle a été marquée par une baisse du rendement.

D'autre part, dans II $\frac{5}{10}$ des cas, nous notons de fréquents changements d'établissements, motivés par des changements d'orientation parfois, par des renvois pour indiscipline le plus souvent. Ces difficultés disciplinaires se retrouvent très fréquemment dans l'anamnèse des malades hospitalisées pour troubles du caractère et du comportement. Certaines ont fréquente, cinq, six et jusqu'à quatorze établissements secondaires dont elles ont été exclues pour indiscipline, absences immotivées, irrégularité du travail.

Le début des troubles mentaux a été accompagné et parfois précédé, dans la plupart des cas, par un fléchissement scolaire, qu'il s'agisse d'une baisse de l'efficacité brutale ou rapide, ou d'une inhibition. Ce fléchissement est responsable de redoublements d'échecs aux examens, qui augmentent à leur tour l'angoisse et l'inhibition. Les hospitalisations entraînent des interruptions parfois répétées de la scolarité, et aggravent la désadaptation scolaire.

A l'arrivée à la clinique :

- la scolarité n'avait pas été interrompue dans 48 cas, soit 32 %
- Elle était interrompue depuis moins de trois mois dans 33 cas, soit 22 $\frac{5}{10}$
- Les malades n'avaient plus suivi de cours depuis une durée de trois mois à un an dans 50 cas, soit 34 $\frac{5}{10}$, depuis plus d'un an dans 19 cas soit 12 %.

Les interruptions prolongées de la scolarité sont plus fréquentes pour les malades psychotiques.

b) La scolarité durant l'hospitalisation

A l'entrée à la clinique, les malades avaient le niveau scolaire théorique suivant :

troisième	4
seconde	24
première	46
terminale	59

Ces malades se répartissaient dans les séries A-C-D avec une nette prédominance de la série littéraire A, mais liée au moins en partie à la composition à prédominance littéraire de l'équipe enseignante, qui a conditionné les admissions.

17 malades n'ont pas été prises en charge par l'équipe enseignante, soit qu'elles aient été hospitalisées durant les vacances scolaires, soit qu'elles aient refusé la reprise des cours, soit rarement qu'elles aient poursuivi des études techniques dans un établissement extérieur.

La maladie mentale perturbe presque toujours l'outil intellectuel. Mise à part les anorectiques prêtes à dévorer toute nourriture intellectuelle, la plupart des malades ont présenté des difficultés scolaires.

Pour les malades névrotiques, il s'agissait d'inhibition, que le mécanisme en soit obsessionnel (lenteur, scrupulosité, vérifications, pensées parasites aboutissant à l'impossibilité de produire) ou phobique (phobie de la situation d'étude, ou du groupe scolaire, ou des examens) ou hystérique (asthénie intellectuelle, véritable paralysie, souvent élective, et accompagnée d'indifférence). La dépression s'accompagne toujours d'un sentiment de dévalorisation et d'incapacité dans le domaine scolaire. La diminution des facultés d'attention, concentration, et mémorisation a été fréquemment mise en avant par les malades.

Dans les troubles caractériels, les problèmes majeurs se sont posés sur le plan disciplinaire, mais l'inhibition était souvent proche, aboutissant à un travail irrégulier par "à-coups", souvent peu investi.

Chez les schizophrènes, il s'agit de perturbations plus graves : difficultés de l'association des idées et de la conceptualisation, diminution des possibilités d'analyse et de synthèse, difficultés du raisonnement logique, sensibles dans les disciplines scientifiques, ralentissement, diminution de l'efficiace et du rendement, parfois lacunes graves et impossibilité d'acquisitions nouvelles. Dans 13 cas, le bilan psychologique a mis en évidence une détérioration pathologique. Les difficultés sont souvent niées ou imputées au traitement, ou camouflées derrière un travail obsessionnel pauvre et stéréotypé. Rarement on voit des résultats brillants dans les disciplines littéraires, faisant penser que la folie est proche du génie.

Chez les malades prépsychotiques, on note généralement une baisse du rendement associée à un surinvestissement scolaire.

Les modes d'encadrement scolaire

L'organisation des études au nouveau pavillon s'est avérée difficile.

Dans un premier temps, les malades étaient inscrites soit dans un lycée de Grenoble, soit au Centre National de TéléEnseignement, tout en étant aidés individuellement par les enseignants de la clinique.

Puis on s'est orienté vers la mise en place d'une organisation des études de type lycée.

Durant la plus grande partie de notre période de référence, il y a donc eu deux modes d'encadrement, dont les indications étaient posées conjointement par l'équipe médicale et l'équipe enseignante.

I - Scolarisation, rarement au lycée, le plus souvent à l'intérieur de la clinique dans des classes organisées de type "lycée" mais à effectif réduit (12 au maximum), ce qui facilite l'adaptation au groupe et l'établissement de relations individuelles avec les professeurs. Ces classes fonctionnaient en tant qu'annexe du lycée Champollion, respectant les programmes et horaires officiels et ayant le même régime d'interrogations, devoirs, compositions que le lycée. Parfois une scolarisation partielle a été indiquée de façon transitoire, c'est-à-dire la reprise des cours d'abord dans une ou deux disciplines choisies par la malade, pour amener progressivement à la reprise scolaire totale.

2 - Pour les malades les plus graves ne pouvant suivre les cours, il a fallu réaliser une rééducation intellectuelle, une remise en route des mécanismes de base perturbés par la maladie. C'est un travail de longue haleine, qui nécessite une prise en charge individuelle ou en très petits groupes, et dont le but n'est pas la réussite à un examen ou le passage dans la classe supérieure, mais de préparer certaines malades à redoubler ou à reprendre une activité intellectuelle à un niveau inférieur.

Enfin, à côté des options A-C-D, la clinique a mis en place une section commerciale dont le but a été

- de préparer à un C.A.P. d'employé de bureau
- d'aider les malades poursuivant des études commerciales à l'extérieur
- parfois d'occuper des malades ne pouvant momentanément poursuivre leur scolarité.

La poursuite ou la reprise de la scolarité a toujours été tentée, et c'est devant la faiblesse des résultats, ou l'anxiété qu'une réorientation a été envisagée.

a) Les résultats scolaires :

Les résultats en sont différents selon les catégories nosographiques.

I - Malades non psychotiques

Bons résultats (réussite au baccalauréat ou admission dans la classe supérieure) : 28

Réorientation vers le secrétariat avec de bons résultats : 3

Résultats moyens (possibilité de poursuivre les études, malades admises à redoubler. Il s'agit soit d'années scolaires incomplètes, soit de malades en progrès sensible) : 9

Scolarité médiocre : 12

Deux malades ont arrêté leur scolarité et pris un travail à la sortie

Trois n'ont pas été scolarisées (deux ont refusé la reprise des cours, une a été hospitalisée durant l'été).

Soit au total des résultats favorables dans 70 % des cas, excellents dans le cas des troubles des conduites alimentaires (100 %) moins bons dans le cas des troubles caractériels (40 %).

2 - Malades psychotiques

- . La poursuite des études secondaires a été possible dans 10 cas soit 20 % avec de bons résultats. (5 de ces malades ont présenté ultérieurement une rechute)
- . 14 soit 30 % ont pu être réorientées à un niveau inférieur (études de secrétariat, d'auxiliaire puéricultrice, d'aide bibliothécaire, d'esthéticienne...) souvent après séjour dans un établissement de réadaptation professionnelle pour malades mentaux du type "Les Cistes" à Hyères.
- . Deux ont pu prendre un travail à la sortie.
- . Pour les autres, soit près de la moitié des cas, la reprise d'études à un niveau inférieur, ou l'insertion dans un milieu professionnel semblait très aléatoire à la sortie.

3 - Malades prépsychotiques

Résultats bons 15

Résultats moyens 7

Soit 58 % de malades aptes à poursuivre une scolarité normale.

Résultats médiocres : 13 avec conseil de réorientation à un niveau inférieur ou de mise au travail

Trois malades n'ont pas été scolarisées.

Au total, les malades semblent se répartir en plusieurs groupes :

- Les malades qui malgré les difficultés peuvent poursuivre leur scolarité (bon niveau, efficacité correcte, assiduité, travail personnel possible)

- Les malades présentant des difficultés graves mais transitoires : malades en période aiguë ou subaiguë, malades en période dépressive post-délirante, malades en voie de réadaptation après un arrêt scolaire. On peut espérer une reprise scolaire soit dans le cadre des études secondaires, soit après réorientation.

C'est devant ces malades qu'on peut se demander si la rééducation doit être pédagogique dès l'entrée, ou si dans un premier temps on devrait faire plus appel à des techniques non pédagogiques (rééducation psychomotrice, expression verbale, ergothérapie...).

Certes il peut sembler paradoxal de vouloir faire coïncider traitement et pédagogie, mais il serait artificiel de séparer les deux et d'attendre la "guérison" pour la reprise des études. C'est en situation qu'on peut juger des possibilités des malades, en situation d'étude pour les scolaires.

Le bilan psychologique et les tests d'orientation scolaire et professionnelle apportent dans ces cas des éléments précieux.

- Enfin dans certains cas toute possibilité d'études semble exclue.

Le surinvestissement scolaire antérieur, l'absence de solutions "honorables" pour une intellectuelle n'achevant pas sa scolarité amènent souvent les malades à refuser l'arrêt des études ou à s'enliser dans une réaction de deuil prolongée, ce qui ne facilite pas leur insertion socio-professionnelle.

d) Les problèmes de réorientation

Que faire quand tout projet d'études est abandonné ? Hormis les cas pour lesquels le problème semble uniquement médical, il reste un certain nombre de malades, psychotiques en général, dont l'évolution semble stabilisée à un niveau plus ou moins régressif, pour lesquelles se pose le problème d'une insertion professionnelle.

Un premier écueil se présente : l'éloignement du milieu familial dans lequel ces malades retournent en principe ou la rareté des institutions de type hôpital de nuit ou foyer protégé. En effet, malgré les tentatives de régionalisation, le recrutement reste national (30 malades seulement, soit un cinquième viennent de la région Rhône-Alpes, 46 soit près du tiers de la région parisienne, les autres de presque tous les départements de France.

Malgré les efforts de l'assistante sociale, il est difficile de trouver une solution à distance. Le marché du travail est plus facile à explorer dans la région grenobloise, malheureusement la sécurité sociale n'acceptant le travail des malades hospitalisées que de façon exceptionnelle et transitoire, la prise d'un travail à Grenoble exige des malades l'adaptation simultanée à un milieu professionnel et à une vie autonome à l'extérieur dont elles ne sont pas capables.

D'autre part, les professions non intellectuelles nécessitent des qualités d'attention, de rapidité, d'initiative, d'adaptabilité du groupe que les malades mentaux n'ont pas et dans un contexte économique centré sur la notion de rendement, les employeurs hésitent à les embaucher.

Les centres de formation professionnelle sont réticents. De toute façon, la sécurité sociale considère que les lycéennes n'ayant pas été "orientées", n'ont pas à être "réorientées" et refuse leur prise en charge dans les centres de F.P.A. Des établissements de réadaptation professionnelle pour malades mentaux, type "les Cistes" à Hyères ont pu accueillir quelques malades, mais leur niveau de tolérance au trouble du comportement est bas.

Ce problème est donc très difficile à résoudre, et pourtant une insertion professionnelle réussie est pour les psychotiques un élément très favorable pour l'évolution ultérieure.

3) Réflexions sur la place de la clinique Georges Dumas.

Si la transposition pour des malades mentales d'un modèle d'institution conçu pour des malades tuberculeux a présenté des difficultés liées au retentissement intellectuel de la maladie mentale, les résultats obtenus semblent encourageants, tant sur le plan réussite scolaire que sur le plan médical, surtout si l'on tient compte qu'il s'agit presque toujours de malades graves et de psychotiques dans une proportion importante.

Certes, les "guérisons" sont rares, mais la stabilisation d'un processus évolutif, la reprise d'une activité intellectuelle après une longue interruption, l'acceptation par une malade d'une réorientation, sans réaction de deuil dramatique, la resocialisation sont des éléments positifs.

Le nouveau pavillon ne peut résoudre tous les problèmes posés par les malades scolaires. La maladie mentale nécessite une gamme de prises en charge souple qui réponde aux différentes formes et étapes de la maladie (hospitalisation, hospitalisation de jour ou de nuit, foyers protégés, consultations...) Le thérapeute doit amener les malades à progresser dans ce système. L'hospitalisation dans un établissement médico-psychologique comme le nouveau pavillon, doit garder une place spécifique dans ce système, en articulation avec les autres organismes de santé mentale, si possible dans le cadre sinon du "secteur", du moins d'une régionalisation accrue.

C O N C L U S I O N S

Au terme de cette étude portant sur 150 adolescentes scolaires du second cycle hospitalisées à la clinique Georges Dumas, certains éléments peuvent être retenus :

- la fréquence des antécédents héréditaires psychiatriques et des anomalies de la constellation familiale.

- La difficulté de faire entrer les malades dans un cadre nosographique strict, en raison de l'atypicité des troubles aux aspects multiples et changeants. En effet, à côté de psychoses et de névroses, souvent mal structurées, on voit nombre de psychoses en voie de constitution et de personnalités pré-psychotiques. Il est probable que l'adolescence, période de remaniement de la personnalité, imprime aux troubles mentaux son caractère de perpétuel devenir.

- La situation scolaire, en particulier à l'abord du second cycle secondaire, où l'aspect de compétition et d'épreuve est plus net, semble constituer un facteur supplémentaire de décompensation. Les troubles mentaux s'expriment volontiers dans le domaine scolaire sous forme de perturbations des mécanismes intellectuels de base, ou d'inhibitions.

- P'où le problème difficile de la poursuite des études ou de la réorientation à un niveau inférieur, avec toutes ses incidences.

VU, et permis d'imprimer, le Doyen
GRENOBLE, le 24 Janvier 1972
Pr CABANEL

Le Président de Thèse,

Pr FAU

B I B L I O G R A P H I E

- ALEXANDER F. Principes de psychanalyse. Paris - Payot 1968.
- BASQUIN M. et WILDOCHER D. - Les inadaptations scolaires et professionnelles de l'adolescent. Revue du praticien 1966 - XVI n° 13, p.119-128
- BASTIDE R. Sociologie des maladies mentales. Paris - Flammarion 1965
- BIT Classification internationale type des professions Genève. BIT 1969
- BLOCH H. et NIEDERHOFFER A. - "Les bandes d'adolescents" - Paris, Payot 1963
- BONNAFE L. Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses. Paris, Desclée de Brouwer, 1950
- BOVET L. Les aspects psychiatriques de la délinquance juvénile. Genève, Monographies de l'OMS n° 1, 1951
- BURSTIN J. L'éveil sexuel au début de l'adolescence. Enfance, 1958, p. 447-473
- CAPLAN G. Prevention of mental disorders in children ; New-York. Basic Books, 1961
- CHRISTIAENS L. Médecine sociale de l'adolescent. Paris, Doin 1960
- DANON-BOILEAU Problèmes posés par l'hygiène mentale des étudiants Evolution psychiatrique 1956, p. 809-835
Problèmes psychiatriques des étudiants. Perspectives psychiatriques 1964, n° 10
- DANON-BOILEAU, LEVY, ROUSSEAU - Le suicide chez l'adolescent universitaire. Communication au II Congrès Européen de pedo psychiatrie. Rome 1963

- DEBESSE M. La crise d'originalité juvénile, 3ème ed. Paris PUF, 1948
- Comment étudier les adolescents ; examen critique des confidences juvéniles, 3ème ed. Paris, PUF 1948
- L'adolescence est-elle une crise ? Enfance 1958, v. 2^e 7-302
- DECHAUME J. Maladies mentales et milieu scolaire et universitaire. Journal de médecine de Lyon, nov. 1952
- DEUTSCH H. Problèmes de l'adolescence. La formation des groupes. Paris, Payot 1970
- DIATKINE R et STEIN C. - Les psychoses de l'enfance. Evolution psychiatrique 1958, p. 277-318
- Evolution de la Schizophrénie. Confrontations psychiatriques n° 2 Paris SPECIA, déc. 1968
- FAU R. Les groupes d'enfants et d'adolescents. Paris PUF (coll. Paideria) 1963
- HADFIELD J.A. L'enfance et l'adolescence. Paris Payot 1966
- HAIM A Les suicides d'adolescents - Paris Payot 1969
- HEY H. Les problèmes cliniques des schizophrénies. Evolution psychiatrique 1958 - I, p. 149
- KATAN The importance of the non psychotic part of the personality in Schizophrenia. International journal of psychoanalysis 1954, p. 119-128
- KESTEMBERG E. L'identité et l'identification chez l'adolescent Psychiatrie de l'enfant, Paris 1962 - V 2
- KLEIN M. Essais de psychanalyse - Le rôle de l'école dans le développement libidinal de l'enfant, p. 90-109 Paris, Payot 1968
- LAUNAY Cl et COLL A - L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent Revue du praticien XIV 1964 - n° II p. 1473-1483
- Obsessions et phobies de l'enfant et l'adolescent Revue du praticien XV 1965 n° 7 p. 815-820

Suicides et tentatives de suicide de l'enfant et l'adolescent. Revue du praticien XIV 1964 n° 6, p. 619-626

Les troubles sexuels de l'adolescent. Revue du praticien XVI 1966 n° 13

LIVRE ANNUEL INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE INFANTILE ET DES PROFESSIONS ASSOCIEES publié sous la direction de ANTHONY E.S. et KOUPERNIK C. - Paris Masson 1970, p. 1 à 300

MALE P. Psychothérapie de l'adolescent. Paris PUF 1964
Problèmes de psychopathologie pubertaire. Confrontations psychiatriques n° 3, p. 97-117 - Paris SPECIA 1969

MALE P. et GREEN A. - Les preschizophrénies de l'adolescence. Evolution psychiatrique 1958 - 2 - p. 323-375

PARROT P. Les groupes d'adolescents. Psychosociologie de la délinquance juvénile. De l'observation à la thérapie. Paris PUF 1959

POROT M. L'enfant et les relations familiales - Paris PUF (coll. Paidéria) 1959

PERSPECTIVES PSYCHIATRIQUES - n° spécial "Adolescence" 1964 - 9

RAPPORT sur Conference on Mental Health of adolescents and young persons. Stockholm 1969 - "La santé mentale des adolescents et des jeunes" par MAY A.R. - KAHN J.H. CRONHOLM B. - Genève - OMS 1971 - Cahiers de santé publique 41

RAPPORT du 5^{ème} Congrès international de psychiatrie infantile. Scheveningen août 1962 "Pedc psychiatrie et prévention" par Verlag Hans Huber - Berne D. Arn Van Krevelen - 1963

RAPPORT de la Conférence régionale sur l'éducation et la santé mentale des enfants en Europe "Education et santé mentale" par WALL W.D. - Genyve UNESCO - Coll. Problèmes d'éducation XI

- RAPPORT du Séminaire sur le traitement psychiatrique des enfants
placés en Institution - Francfort oct. 63 -
Rapport du Bureau Régional de l'Europe OMS
Copenhague 1964
- RAPPORT des enseignants de Georges Dumas - La vie pédagogique
de la clinique médico-psychologiques Georges
Dumas - 1971
- ROUART J. Les difficultés scolaires d'origine affective et
familiale. Revue du praticien 1962 - XII n° 23
p. 2517
- ROUMAJON Y. Comportements inadaptés de l'adolescent normal.
Psychiatrie de l'enfant 1961 p. 229-278
- SOUDAN J. La santé mentale en milieu universitaire.
Grenoble 1964 - Thèse n° 4
- SPOERRY J. Etude des manifestations prémorbides de la schizo-
phrénie. Psychiatrie de l'enfant 1964, p. 299-379
- STEIN C. Les débuts de schizophrénie. Evolution psychia-
trique 1954 XIX ' p. 721-750
- Table ronde internationale de médecins scolaires et universitaires.
Communiqués et rapport final. Lisbonne 1969
- TRELAT J. Déficiences intellectuelles et troubles du
comportement à l'école. Revue du praticien 1962
XII n° 23 - p. 2479-2498
-

T A B L E D E S M A T I E R E S

Introduction	p. 1
Chapitre I - Les facteurs pathogènes qui ont entraîné l'hospitalisation des adolescentes scolaires p. 4	
1 - Facteurs héréditaires	p. 5
2 - Facteurs sociologiques	p. 7
3 - Facteurs personnels	p. 18
4 - Facteurs évènementiels	p. 24
Chapitre II - Les catégories de malades hospitalisées - Les difficultés du diagnostic	p. 26
Le passé psychiatrique des malades	p. 27
Groupe I - Malades non psychotiques	p. 29
Groupe 2 - Malades psychotiques	p. 41
Groupe 3 - Diagnostic incertain	p. 51
Chapitre III - L'évolution médicale et scolaire durant l'hospitalisation. Les problèmes de réadaptation et de réorientation. Le rôle de la clinique Georges Dumas	p. 61
I - L'évolution des troubles psychiatriques durant l'hospitalisation	p. 62
2 - Les problèmes particuliers liés au statut sec- laire des malades	p. 68
3 - Réflexions sur la place de la clinique Georges Dumas	p. 76
Conclusions	p. 77
Bibliographie.	

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de partis ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

